FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960

N° 331

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Françoise PIC

Née le 1er Décembre 1930, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1960

HYGIENE MENTALE DES ENFANTS DU PREMIER AGE EN COLLECTIVITE

TRAVAIL DE LA POUPONNIERE POUR ENFANTS DEBILES DE MONTREUIL

Président : M. JULIEN MARIE, Professeur

Imprimé par les soins de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne
69 bis, rue de Dunkerque - PARIS (9ème)

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Françoise PIC

Née le 1er Décembre 1930, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 11 Mai 1960

(Mention très honorable)

HYGIENE MENTALE DES ENFANTS DU PREMIER AGE EN COLLECTIVITE

TRAVAIL DE LA POUPONNIERE POUR ENFANTS DEBILES DE MONTREUIL

Président : M. JULIEN MARIE, Professeur

Imprimé par lee soins de la Caisse Primaire Centrale de la Sécurité Sociale de la Région Parisienne
69 bis, rue de Dunkerque - PARIS (9ème)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN *(A.)*, BENARD *(H.)*, BROCQ *(P.)*, BULLIARD *(H.)*, CADENAT *(F.)* CHABROL *(E.)*, CHAMPY *(C.)*, CHEVALLIER *(P.)*, DEBRE *(R.)*, DONZELOT *(E.)*, GASTINEL *(P.)*, GUILLAIN *(G.)*, HALPHEN *(E.)*, HARVIER *(P.)*, HAZARD *(R.)*, HEUYER *(G.)*, LANTUEJOUL *(P.)*, LAROCHE *(G.)*, LAUBRY *(C.)*, LEVY-SOLAL *(E.)*, LHERMITTE *(J.)*, LIAN *(C.)*, LOEPER *(M.)*, MARION *(G.)*, MATHIEU *(P.)*, MOCQUOT *(P.)* MONDOR *(H.)*, MONOD *(R.)*, MOREAU *(R.)*, MULON *(P.)*, OLIVIER *(E.)*, RICHET *(C.)*, STROHL *(A.)*, TANON *(L.)*, VELTER *(E.)*,

DOYEN — Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR — Jean VERNE

I – PROFESSEURS

		MM.	
Anatomie		CORDIER	*(G.)*
Anatomie *(Chaire à titre personnel)*		DELMAS	*(A.)*
Anatomie pathologique		DELARUE	*(J.)*
Anesthésiologie		BAUMANN	*(J.)*
Bactériologie		FASQUELLE	*(R.)*
Biochimie médicale		JAYLE	*(M.F.)*
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports		CHAILLEY-BERT	*(P.)*
Biologie médicale		FAUVERT	*(R.)*
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD	*(J.)*
Clinique carcinologique *(Inst. G. Roussy)*		REDON	*(H.)*
Clinique cardiologie *(Broussais)*		MOUQUIN	*(M.)*
Cliniques chirurgicales	Beaujon	SICARD	*(A.)*
	Cochin	QUENU	*(J.)*
	Hôtel-Dieu	MENEGAUX	*(G.)*
	Saint Antoine	GOSSET	*(J.)*
	Salpétrière	MOULONGUET	*(P.)*
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique *(Enfants-Malades)*		FEVRE	*(M.)*
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice *(Cochin)*		MERLE D'AUBIGNE	*(R.)*
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire *(Broussais)*		GAUDART-D'ALLAINES	*(F.*

		MM.	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire *(Laënnec)*		MATHEY	*(J.)*
Clinique endocrinologique *(Pitié)*		DECOURT	*(J.)*
Clinique génétique médicale *(Enfants-Malades)*		LAMY	*(M.)*
Clinique gynécologique *(Broca)*		FUNCK-BRENTANO	*(P.)*
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques *(St.Louis)*		DEGOS	*(R.)*
Clinique des maladies des enfants *(Enfants-Malades)*		CATHALA	*(J.)*
Clinique des maladies infectieuses *(Claude-Bernard)*		MOLLARET	*(P.)*
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale *(Ste Anne)*		DELAY	*(J.)*
Clinique des maladies métaboliques *(Necker)*		HAMBURGER	*(J.)*
Clinique des maladies du sang *(Broussais)*		MARCHAL	*(G.)*
Clinique des maladies du système nerveux *(Salpétrière)*		ALAJOUANINE	*(T.)*
Cliniques médicales	Broussais	GENNES	*(L.de)*
	Cochin	JUSTIN BESANCON	*(L.)*
	Hôtel-Dieu	BARIETY	*(M.)*
	Lariboisière	SOULIE	*(P.)*
	Pitié	DREYFUS	*(G.)*
	Saint Antoine	KOURILSKY	*(R.)*
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie *(Bichat)*		DEBRAY	*(C.)*
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY RADOT	*(L.)*
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition *(Hôtel-Dieu)*		DEROT	*(M.)*
Clinique de neuro-chirurgie *(Pitié)*		PETIT-DUTAILLIS	*(D.)*
Cliniques obstétricales	Baudeloque	LACOMME	*(M.)*
	Port-Royal	N...	
	Tarnier	VARANGOT	*(J.)*
Clinique ophtalmologique *(Hôtel-Dieu)*		RENARD	*(G.)*
Clinique oto-rhino-laryngologique *(Lariboisière)*		AUBRY	*(M.)*
Clinique de pédiatrie sociale *(Enfants-Malades)*		MARIE	*(J.)*
Clinique de pneumo-phtisiologie *(Laënnec)*		BERNARD	*(E.)*
Clinique psychiatrique infantile *(Salpétrière)*		MICHAUX	*(L.)*
Clinique de puériculture *(Saint Vincent de Paul)*		LELONG	*(M.)*
Clinique de rhumatologie médicale et sociale *(Cochin)*		COSTE	*(F.)*
Clinique stomatologique *(Pitié)*		DECHAUME	*(M.)*
Clinique thérapeutique chirurgicale *(Vaugirard)*		SENEQUE	*(J.)*
Clinique thérapeutique médicale *(Saint Antoine)*		LEMAIRE	*(A.)*
Clinique urologique *(Cochin)*		FEY	*(B.)*
Electrophysiologie médicale *(Chaire à titre personnel)*		DJOURNO	*(A.)*
Embryologie		GIROUD	*(A.)*
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...	
Histologie		VERNE	*(J.)*
Hygiène des collectivités *(Chaire à titre personnel)*		DEPARIS	*(M.)*
Hygiène et clinique de la première enfance *(Trousseau)*		TURPIN	*(R.)*

	MM.	
Hygiène et médecine préventive	JOANNON	*(P.)*
Médecine du Travail	DESOILLE	*(H.)*
Médecine légale	PIEDELIEVRE	*(R.)*
Parasitologie	GALLIARD	*(H.)*
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE	*(H.)*
Pathologie exotique	LAVIER	*(G.)*
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE	*(J.)*
Pathologie humorale et immunologie expérimentale *(Chaire à titre personnel)*	MERKLEN	*(F. P.)*
Pathologie médicale	N...	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN	*(R.)*
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL	*(J.)*
Physiologie	BINET	*(L.)*
Physiologie *(Chaire à titre personnel)*	BARGETON	*(D.)*
Physique médicale	DOGNON	*(A.)*
Radiologie médicale	DESGREZ	*(H.)*
Technique chirurgicale	PATEL	*(J.)*
Thérapeutique	BROUET	*(G.)*

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.	
Anatomie	CABROL	*(C.)*
	COUINAUD	*(C.)*
	OLIVIER	*(G.)*
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS *(Mle P)* Pr. s. ch.	
	BUSSER	*(F.)*
	GOUYGOU	*(Ch.)*
	ORCEL	*(L.)*
	PAILLAS	*(J.)*
Anesthésiologie	COURC'H	*(G.)*
Bactériologie	NEVOT *(A.)* pr. s. ch.	
	BARBIER	*(P.)*
	CHRISTOL	*(D.)*
	TOURNIER	*(P.)*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549219_0027

	MM.
Biochimie médicale	DEGREZ *(P.)* pr. s. ch.
	POLONSKI *(J.)* m.conf.
	SCHAPIRA *(G.)* m.conf.
Biologie médicale	BOURLIERE *(F.)* m.conf.
Carcinologie	DENOIX *(P.)*
	MATHE *(G.)*
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT *(B.)*
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD *(G.)*
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS *(H.)*
Hématologie	BILSKI-PASQUIER *(G.)*
	DAUSSET *(J.)*
Histologie	COUJARD *(R.)* pr. s. ch.
	MAROIS *(M.)*
	RACADOT *(J.)*
Hydrologie	CORNET *(A.)*
Hygiène	BOYER *(.)* pr. s. ch.
	CORRE-HURST *(Mme L.)*
Maladies infectieuses	BASTIN *(R.)*
	DUPONT *(V.)*
Médecine légale	DEROBERT *(L.)* pr. s. ch.
	HADENQUE *(A.)*
	FOURNIER *(E.)*
	GUENIOT *(M.)*
Médecine du Travail	ALBAHARY *(C.)*
Neuro-Chirurgie	DAVID *(M.)*
Neurologie	LHERMITTE *(F.)*

	MM.	
Obstétrique	GRANJON	*(A.)*
	HERVET	*(E.)*
	LE LORIER	*(G.)*
	MORIN	*(P.)*
	MUSSET	*(R.)*
	ROBEY	*(M.)*
	TROYER-ROZAT	*(J.)*
Ophtalmologie	BREJEAT	*(P.)*
	SARAUX	*(H.)*
Orthopédie	JUDET	*(R.)*
	RAMADIER	*(J.)*
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN	*(J.)*
Parasitologie	BRUMPT *(L.C.)* pr.s. ch.	
	CHABAUD	*(A.)*
Pathologie chirurgicale	BARCAT	*(J.)*
	BINET	*(J.P.)*
	GAUCHOIX	*(J.)*
	CHATELIN	*(C.L.)*
	DUBOST	*(Ch.)*
	DUBOST	*(Cl.)*
	FAUREL	*(J.)*
	FLABEAU	*(F.)*
	GERMAIN	*(A.)*
	LAURENCE	*(G.)*
	LORTAT-JACOB	*(J.L.)*
	LOYGUE	*(J.)*
	MERCADIER	
	PERROTIN	*(J.)*
	ROBERT	*(H.)*
	THOMERET	*(G.)*
Pathologie exotique	SCHNEIDER	*(J.)*

	MM.	
Pathologie expérimentale	CROSNIER	(J.)
	HARTMANN	(L.)
	LOEPER	
	MAURICE	(J.)
	PLAS	(F.)
	RICHET	(G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE	(M.)
	BOUR	(H.)
	BOUVIER	(J.)
	BOUVRAIN	(Y.)
	BRICAIRE	(H.)
	BRISSAUD	(H.)
	BRODARD	(H.)
	BUGE	(A.)
	CASTAIGNE	(P.) m. conf.
	CATINAT	(J.)
	CONTAMIN	(F.)
	COURY	(C.)
	FREZAL	(J.)
	HOUSSET	(E.)
	LAROCHE	(Cl.)
	LESOBRE	(R.)
	MAGREZ	(C.)
	NICK	(J.)
	PEQUINOT	(H.) m. conf.
	ROYER	(P.)
	WOLFROMM	(R.)
Pédiatrie Puériculture	JOSEPH	(R.)
	MANDE	(R.)
	MOZZICONACCI	(P.)
	POLONOVSKI	(C.)
	RUSSIER	(A.)
Pharmacologie	LEVY	(Ml J.) pr. s.
	BOISSIER	(J.)
	LECHAT	(P.)
Physiologie	PARROT	(J.) pr. s. ch.
	DEJOURS	(P.)
Physique médicale	GOUGEROT	(L.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS	(B.)

	MM.	
Psychiatrie	PICHOT	(P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE	(D.)
Rhumatologie	DELBARRE	(F.)
Stomatologie	CERNEA	(P.)
	CHAPUT	(Mme A.) m.c.agr.
	GRELLET	(M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE	(P.)
	LAMOTTE	(M.)
Urologie	QUENU	(L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.	
Clinique chirurgicale	ABOULKER	(P.)
	AMELINE	(A.)
	HUGUIER	(J.)
	LEGER	(L.)
	OLIVIER	(C.)
	PADOVANI	(P.)
	POILLEUX	(F.)
	ROUX	(M.)
	VERNE	(J.M.)
Clinique médicale	HAGUENEAU	(J.) pr. s. ch.
	BOUDIN	(G.)
	CONTE	(M.)
	DOMART	(A.)
	MILLIEZ	(P.)
	PERRAULT	(M.)
	RAMBERT	(P.)
	THIEFFRY	(S.)
	TURIAF	(J.)

	MM.	
Clinique neuro-rhumatologique	SEZE	*(S. de)*
Clinique obstétricale	GRASSET	*(J.)*
	LEPAGE	*(F.)*
	MAYER	*(M.)*
	MERGER	*(R.)*
	RAVINA	*(J.)*
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES	*(P.)*
	OFFRET	*(G.)*
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO	*(R.)*
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE	*(R.)*
Clinique psychiatrique	BARUK	*(H.)*
Clinique urologique	KUSS	*(R.)*

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY	*(P.)* pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI	*(J.)* pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER	*(J.)* pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	LENA	*(J.)*
Secrétaires	Mme BEURLAND	*(H.)*
	Melle CHAINTREUIL	*(G.)*
	Melle HURE	*(A.)*

Conservateur, chargé de la Direction de la Bibliothèque	Dr. HAHN	*(A.)*
Conservateurs	Melles DUMAITRE	*(P.)*
	GOICHON	*(A.M.)*
Bibliothécaires	Mme CONTET	*(J.)*
	Melle LAURENT	
	Melle LE NOIR	*(G.)*
	Melle QUIEVREUX	*(E.)*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JULIEN MARIE

Professeur de Pédiatrie Sociale
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur E. LESNE

Ex-Président de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur
Médecin honoraire des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant des Etablissements appartenant
à la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale

Nous le remercions pour sa grande bonté
à notre égard et nous le prions de croire
à notre profond et respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur R.A. MARQUEZY

Médecin honoraire de l'Hôpital Trousseau
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin-Chef de la Pouponnière pour enfants débiles
de Boulogne

Notre Maître dans les Hôpitaux
qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance
pour son enseignement précieux et
son appui constant.

A Monsieur le Professeur R. LAPLANE

Professeur Agrégé de Pédiatrie à la
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Notre Maître dans les Hôpitaux
Nous avons le grand privilège de suivre
son enseignement à l'Hôpital Trousseau.
Qu'il trouve ici notre respectueuse
gratitude pour l'intérêt qu'il a bien
voulu accorder à notre thèse.

A Monsieur **P. BRETONVILLE**

Président du Conseil d'Administration

A Monsieur **R. MORAS**

Directeur Général

A Monsieur **J. SARBOURG**

Sous-Directeur chargé de l'Action Sanitaire et Sociale

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE

DE LA REGION PARISIENNE

Avec nos remerciements pour le grand honneur qu'ils nous ont accordé en nous permettant d'étudier le fonctionnement de la Pouponnière pour enfants débiles de Montreuil, sous l'angle de l'Hygiène Mentale.

A Messieurs **E. VILATTE** et **P. GABRIEL**

Chefs de Division

Oeuvres Sanitaires de la

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE

En amical hommage.

A M. le Docteur Jean **JOUTARD**

Médecin Chef de la Caisse Primaire
Centrale de Sécurité Sociale de la
Région Parisienne

Confraternel hommage.

A Mme le Docteur **LAFAY COLETSOS**

Médecin Chef des Oeuvres Sanitaires
et des Etablissements

Elle nous a fait le grand honneur de
nous faire entrer comme interne à la
Pouponnière pour enfants débiles de
Montreuil,
nous a toujours beaucoup aidée et
encouragée, et nous a proposé ce
travail.
Nous la prions d'accepter le témoignage
de notre gratitude.

A Madame le Docteur J. RAGU-FREY

Ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de clinique adjoint à la Faculté

Médecin consultant de l'Hôpital de Notre-Dame du Perpétuel Secours

Elle nous a conseillée et guidée dans l'élaboration de cette thèse.
Qu'elle veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur J. BARBET

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Médecin de la Pouponnière pour enfants
débiles de Montreuil

Avec notre respectueuse reconnaissance
pour sa confiance à notre égard
dans notre travail quotidien à la
Pouponnière.

P R E F A C E

(par E. LESNE et J. RAGU-FREY)

La protection des tout-petits s'est progressivement transformée, sous l'influence de deux séries de recherches longtemps demeurées parallèles.

Les premières en date concernent les processus psychiques. Sous l'influence des découvertes effectuées en psychopathologie, les sciences de l'homme ont édifié des connaissances nouvelles précisément dans un domaine resté jusque-là hermétique, celui des premiers stades du développement psychique, à l'âge prélinguistique, dont l'exploration a été rendue possible par la jonction des concepts psychanalytiques et des données de la neurobiologie.

Plus récemment, après les mises au point diététiques, les découvertes biologiques ont permis de réaliser des progrès considérables dans le traitement et la prévention des maladies infantiles, en particulier, et de l'hygiène en général. L'abaissement spectaculaire de la morbidité et de la léthalité infantiles a concrétisé en chiffres éloquents les résultats de ces travaux internationaux.

Mais ces deux ordres d'acquisitions scientifiques n'ont pas eu jusqu'ici le même sort quant à leurs applications pratiques en puériculture.

L'emploi des nouvelles méthodes thérapeutiques a été rapidement généralisé et a été de pair avec le perfectionnement de la technique et de l'équipement. Ces réalisations dans le cadre de la Pouponnière avaient conduit à élargir les indications du placement des enfants en bas âge en établissement de cure et de soins collectifs. Ils y trouvent des conditions de vie matérielle privilégiée et un personnel spécialisé qui applique, sous surveillance médicale la thérapeutique nécessaire à l'état précaire de ces enfants fragiles.

Aussi, la préoccupation dominante demeure-t-elle encore celle du quoad vitam.

*
* *

Mais elle a cessé d'être la seule préoccupation de ceux qui ont la charge de veiller sur les enfants privés de leur mère. Les problèmes psycho-affectifs que pose leur vie en collectivité ont un retentissement aujourd'hui incontesté sur leur santé, le déroulement de la cure et leur développement mental aussi bien que psychique.

Les inconvénients d'un séjour prolongé en milieu collectif y font réserver leur admission aux seuls cas dont l'état de santé exige des soins qui ne pourraient leur être assurés dans leur famille.

Comme à l'accoutumée, l'étude des déviations pathologiques aide à la délimitation des contours du normal, et ce sont les troubles émotionnels observés chez des enfants privés d'affection maternelle qui ont été la première étape de la mise en évidence des besoins affectifs inconditionnés des tout-petits.

Les travaux (que la bibliographie ci-jointe n'épuise pas), d'André THOMAS, J de AJRIAGUERRA, BOWLBY, SPITZ-WALLON... ont révélé la primauté de la vie émotionnelle et affective et les liens qui existent entre les affects initiaux et l'organisation mentale.

Actuellement, avec l'école freudienne internationale, l'évolution des idées en hygiène mentale a conduit à se préoccuper des premiers stades de la structuration de la personnalité et à étudier les conditions qui la favorisent comme les dangers qui la menacent, en particulier au cours de la rupture des relations mère-enfant, relations dont la valeur structurante n'est plus à démontrer.

* * *

Toutefois, malgré leur prodigieux accroissement, les connaissances acquises sur l'activité mentale passent lentement le seuil de l'application pratique. Leurs implications et leurs incidences directes sur la compréhension, le dépistage et le traitement des désordres de l'organisation psychique au cours du premier âge sont encore l'objet de controverses, grâce auxquelles d'ailleurs se précisent leur signification dans la vie quotidienne.

Ainsi, l'ampleur des conséquences pratiques, qui se dégagent des notions mises en lumière par ces longues et laborieuses recherches, requiert encore que ces travaux se poursuivent à tous les échelons dans le domaine chaque jour plus vaste où la pédiatrie rencontre l'hygiène mentale.

En effet, bien que l'accord soit à peu près unanime sur les causes et l'expression clinique des troubles émotionnels du premier âge, il n'en est pas de même pour la prévention et le traitement de ces troubles et leurs conséquences qui donnent lieu à des recherches dans de nombreux pays et commencent à peine à s'organiser sur le plan des réalisations de l'hygiène mentale.

* * *

Mademoiselle PIC, qui se destine à la Pédiatrie, s'est intéressée aux problèmes d'hygiène mentale de la Pouponnière pour enfants débiles de Montreuil. Son travail apporte une utile contribution aux recherches actuelles en précisant l'un des aspects pratique et quotidien du problème de l'avenir mental des tout-petits, séparés de leur mère et vivant en collectivité.

Il s'appuie sur la notion de la valeur de la vie émotionnelle du nourrisson envisagée comme facteur évolutif ou régressif, dans la mesure où il permet ou au contraire, entrave l'exercice d'une fonction dont l'exercice à son tour va contribuer à la perfectionner et à l'organiser.

Les difficultés méthodologiques sont inévitables dans la recherche des faits expérimentaux, mais dans le domaine clinique, il est toujours possible de confronter les résultats de l'observation du comportement du nourrisson avec les connaissances acquises en neurobiologie, et de rechercher quelles influences peuvent modifier dans la sphère psychique les éléments constitutionnels innés, mais encore en voie de maturation.

Prenons l'exemple banal, que nous donne l'auteur, de l'échec d'un enfant dans une situation de test pour le 1er âge, utilisé pour la mesure d'un "quotient de développement". Dans la perspective envisagée dans ce travail, l'absence de réussite de l'épreuve peut être le témoin de lésions anatomiques du système nerveux, mais elle peut également être sous la dépendance d'un retard de maturation dans le seul domaine fonctionnel.

Bref, la maturation du développement sous l'action des facteurs biologiques endogènes ne suffit pas à rendre compte de la genèse du comportement, et il faut tenir compte de la valeur structurante de l'expérience dans l'organisation des fonctions, qu'il s'agisse de la sensorialité, de la préhension ou de la locomotion, ou de celles qu'on appelle intellectuelles...

La signification du quotient de développement n'est pas différente en réalité de celle d'une courbe pondérale et elle ne doit, en aucun cas, être isolée du contexte clinique et anamnestique.

Le classique parallélisme du développement psychique et des réalisations motrices comporte de nombreuses exceptions. Le cas des infirmes moteurs cérébraux en est un exemple que ce travail souligne à juste titre. L'incapacité motrice de ces enfants leur fait courir le danger d'être confondus avec des sujets présentant un retard global avec altération de la substance grise et débilité mentale. Pour que leur intégrité mentale soit reconnue, encore faut-il que leur développement psychique rencontre les conditions favorables.

*
* *

La question du diagnostic étiologique du retard constaté dans un cas donné reste un problème grave, déjà en raison des réactions, conscientes ou inconscientes qu'il va entraîner dans le comportement de l'entourage du tout-petit.

Les transformations qui marquent les stades du développement psychique chez l'enfant sont la cause du polymorphisme des manifestations cliniques qui révèlent les troubles de son évolution.

Enfin, la maturation progressive du névraxe et l'apparition successive des fonctions d'abord diencéphaliques puis corticales impliquent une grande réserve dans l'appréciation de l'état de l'encéphale et du pronostic psycho-moteur.

Le pronostic mental risque d'engager l'avenir de l'enfant par les décisions qu'il entraîne non seulement au point de vue thérapeutique mais aussi à l'égard de la situation socio-familiale de l'enfant (reconnaissance éventuelle, adoption, placement nourricier).

Les implications prédictives du diagnostic déterminent ainsi l'attitude de l'environnement vis-à-vis de l'enfant durant son séjour à l'établis-

sement et après sa sortie. Un diagnostic trop précoce et indûment précis risque de compromettre les possibilités d'évolution et de récupération.

*
* *

Face à ces incertitudes du diagnostic immédiat, une observation patiente et prolongée nous apporte les preuves tangibles des effets thérapeutiques obtenus, en s'efforçant de donner les soins affectifs nécessaires à ces enfants séparés de leur mère.

*
* *

Cette importance reconnue à la vie émotionnelle du premier âge conduit à une autre constatation, celle du besoin de sécurité affective qui dès le quatrième mois, va s'affirmer peu à peu par un comportement électif et exclusif et auquel il convient d'assurer la permanence d'une même ambiance de soins maternels.

Tout changement de mains est susceptible de provoquer un état émotionnel d'insécurité surtout à partir du moment crucial pour le développement psychique où l'enfant distingue le visage et la voix de sa mère nourricière. L'état de l'enfant dépend de la personne qui s'occupe de lui habituellement. L'enfant la recherche électivement et sa présence est nécessitée par les conditions du développement mental dont les lois nous sont maintenant connues.

Mais ainsi que de nombreux auteurs l'ont déjà signalé, les troubles émotionnels, provoqués par la privation d'une affection maternelle stable, deviennent dangereux pour l'équilibre psychique par leur prolongation, et il convient on le sait, de distinguer les réactions dues à la séparation et qui sont inévitables et réparables, des conséquences parfois irréversibles d'une carence affective de longue durée.

Les efforts conjugués de l'ensemble du personnel de la Pouponnière et les aménagements de son fonctionnement ont réussi à diminuer le danger inhérent à la vie collective au cours du séjour de l'enfant. Ils ont été aidés par l'appui constant du service des établissements de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale de la Région Parisienne et en particulier par la compréhension du Médecin-Chef des Oeuvres Sanitaires, le Dr. LAFAY-COLETSOS.

*
* *

*La création d'une **consultation de suite** a en outre permis d'éviter précisément la redoutable prolongation de la situation de carence affective après l'exéat de l'enfant.*

On peut espérer que les conclusions mesurées et prudentes auxquelles aboutit l'auteur seront à leur tour l'objet de commentaires et susciteront de nouvelles observations qui aideront dans la recherche des mesures permettant d'assurer aux tout-petits les indispensables soins affectifs maternels.

Nous disposons d'un recul encore insuffisant pour l'appréciation de l'efficacité de ces mesures destinées à remédier aux éventuelles conséquences de la vie en collectivité qu'il faut considérer avant, pendant, après le séjour à la Pouponnière, au moment de la réadaptation familiale et ultérieurement au moment de l'adaptation sociale.

Cependant, les résultats déjà acquis les situent dans les améliorations techniques inspirées par le respect de l'unité somato-psychique et du dynamisme évolutif du premier âge, qui permettent à l'art médical d'employer des moyens collectifs à des fins individuelles de valeur universelle, en accord avec les droits de l'enfant.

P L A N

1ère Partie : AVANT-PROPOS — *Pages*

I – Les problèmes d'hygiène mentale à la Pouponnière. Rappel des travaux sur l'importance des soins maternels dans le développement de l'enfant et la formation de la personnalité 2

II – Rôle de la pouponnière pour enfants débiles de Montreuil Origine des enfants. Conditions des entrées. Critère d'admis. 4

III – Description de la Pouponnière 7

2ème Partie : LES APPLICATIONS PRATIQUES DES REGLES D'HYGIENE MENTALE DANS UNE POUPONNIERE POUR ENFANTS DEBILES

I – Examen au moment de l'entrée à la Pouponnière – Recherche de l'individualité de l'enfant 10

II – La vie de l'enfant à la Pouponnière 12

III – Etude du milieu socio-familial 20

IV – Ce que deviennent les enfants après leur sortie de la Pouponnière. Consultation de suite 24

3ème Partie : REFLEXIONS SUR QUELQUES INCIDENCES PRATIQUES

I – Information des puéricultrices sur les problèmes d'hygiène mentale du premier âge 27

II – Aménagements en cours à la Pouponnière de Montreuil 27

III – Critères d'admission – Elargissement des soins à domicile. Durée du séjour 29

IV – Rapports de la Pouponnière avec les différents organismes de protection de l'enfance 30

V – Rapports avec les familles 30

4ème Partie : OBSERVATIONS 32

5ème Partie : APPENDICE

I – Résumé 56

II – Conclusions 61

Bibliographie 63

Ière Partie

A V A N T - P R O P O S

I - LES PROBLEMES D'HYGIENE MENTALE A LA POUPONNIERE
RAPPEL DES TRAVAUX SUR L'IMPORTANCE DES SOINS MATERNELS DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA FORMATION DE LA PERSONNALITE

De nombreux Neuropsychiatres ont récemment insisté sur le rôle des premières années de la vie dans l'état mental des adultes. Le manuel de BOWLBY "soins maternels et santé mentale" résume les principaux travaux faits dans ce domaine. Ces travaux comportent trois séries d'études :

1°) Etudes directes de la santé mentale et du développement d'enfants élevés dans des collectivités ?

BAKWIN, RIBBLE, SPITZ et WOLF, observant des nourrissons élevés loin de leur mère signalent : apathie, tranquillité, anorexie, stagnation de poids. Une étude de BRODBECK et IRWIN sur le babil et les cris des nourrissons montre que les enfants élevés en institution sont beaucoup moins bruyants que les enfants du même âge élevés dans leur famille.

SPITZ et WOLF étudient à l'aide de tests le quotient de développement ou Q. D. *(rapport entre le niveau ou âge mental et l'âge réel)* d'enfants séparés de leur mère, par rapport à d'autres vivant avec leur mère. Le Q.D. des premiers est inférieur à celui des seconds. RHEINGOLD et LEVY font une étude analogue et aboutissent aux mêmes résultats.

D'autres études montrent que tous les aspects du développement ne sont pas touchés de façon égale. Le moins touché est la motricité *(de locomotion et manuelle)*, ensuite la sociabilité, enfin le langage qui est l'activité la plus atteinte *(la faculté d'expression étant plus touchée que la faculté de compréhension)*, travaux de GINID - GOLDFARB - BURLINGHAM et FREUD - SIMONSEN - ROUDINESCO et APPEL.

2°) Etudes rétrospectives de la première enfance d'adolescents ou d'adultes atteints de troubles psychiques

De nombreux auteurs *(LEVY 1937 - POWDERMAKER 1937 - LOWREY 1940 - BENDER 1940 - 1947 - GOLDFARB 1943 - 1949 - BOWLBY 1940 - 1944)* ont étudié des adolescents atteints de troubles psychiques pouvant se résumer par une inaptitude à établir des relations sociales : chez presque tous a été retrouvée une insuffisance de soins affectifs dans la première enfance.

En 1950, une étude a porté sur les élèves d'une école située près de NEW-YORK, spécialisée pour des troubles psychiques graves : 25 % seulement des enfants avaient été élevés par leurs deux parents.

3°) Observations suivies d'enfants ayant souffert de carence de soins maternels pendant leurs premières années

GOLDFARB a étudié le développement d'enfants ayant vécu en institution dans leur jeune âge en comparaison avec un groupe témoin. Cette étude révèle un retard dans le premier

groupe par rapport au second et démontre que, dans certains cas au moins, le retard persiste chez les enfants ayant vécu en institution. Les troubles de la personnalité sont les mêmes que ceux signalés par d'autres auteurs *(LOOSLI USTERI - LOWREY - BENDER - BOWLBY)* : inaptitude à donner ou à recevoir de l'affection, agressivité, négativisme, égoïsme, peur.

THEIS a étudié l'adaptation sociale de 910 adultes ayant été placés dans des foyers nourriciers; cette étude montre que les enfants élevés en institution avant le placement nourricier s'adaptent moins facilement que ceux élevés dans leurs foyers *(cependant "mauvais foyers" pour la plupart)*.

La conclusion identique de tous ces travaux *(faits par des auteurs séparés les uns des autres)* est que ***"la carence prolongée de soins maternels produit chez le jeune enfant des dommages non seulement graves, mais durables, qui modifient son caractère et perturbent ainsi toute sa vie future"*** *(BOWLBY)*.

Tous les auteurs cités insistent sur le fait que certains enfants ayant souffert de carence maternelle semblent échapper aux troubles exposés. Ceci est à rapprocher des "maladies physiques" qui touchent certains individus seulement. Cependant la gravité des conséquences étudiées est telle que personne ne peut se désintéresser de ce problème.

En France, le Docteur MAILLET, Médecin-Chef regretté du Centre Hospitalier Paul PARQUET, a été l'un des premiers pédiatres à introduire dans une collectivité d'enfants ce qu'il appelle "la psychiatrie préventive dans les pouponnières". Il écrit dans la revue "Le Nourrisson" *(N° 3 - 1950)* : "Dans les pouponnières s'impose l'introduction de la psychiatrie... comme moyen de détection et de prévention ayant principalement pour but d'étudier et de contrôler le comportement psychique des bébés séjournant dans ces institutions, de découvrir les retards ou anomalies et de donner, à temps, les directives propres à les éviter ou à les guérir... Il faut insister sur la nécessité de l'élément "affectif" qui trouve son plein épanouissement dans l'amour de la mère dont le visage, le sourire, les caresses, sont si nécessaires au développement psychique et à la joie du bébé; cette tendresse irremplaçable est le stimulant incomparable, dont la privation est "le crime du monde" et dont l'absence fait que l'élevage en Pouponnière est la tentative la plus antinaturelle, la plus difficile et la plus dangereuse qui soit".

La Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale, en la personne de Madame le Docteur LAFAY-COLETSOS, Médecin-Chef des Oeuvres Sanitaires, nous a demandé d'étudier ces problèmes à la Pouponnière pour enfants débiles de Montreuil, sous les directives de Madame le Docteur RAGU. Celle-ci est chargée, depuis plusieurs années, d'éclairer les problèmes d'hygiène mentale, que pose la vie du nourrisson débile à la Pouponnière.

Ce travail a pour objet l'étude du développement psychomoteur des enfants élevés à la pouponnière, les inconvénients de la séparation du milieu familial, les moyens d'atténuer ces inconvénients par une organisation qui tienne compte des facteurs psychiques. Auparavant, un rappel du rôle de la Pouponnière et une description sommaire de celle-ci, permettront de mieux faire comprendre comment on s'efforce d'y réaliser ces mesures de prophylaxie mentale, si importantes pour le développement psychique des nourrissons et la personnalité future des individus *(l'observation de 100 enfants admis à la pouponnière pendant une période donnée, a constitué la base de ce travail)*.

II - ROLE DE LA POUPONNIERE POUR ENFANTS DEBILES DE MONTREUIL

La nécessité des Pouponnières pour enfants débiles est démontrée par la fragilité des prématurés, surtout les grands prématurés *(au-dessous de 1.500 g)*, dans les premiers mois de la vie principalement. Ces enfants pourraient difficilement être élevés dans le milieu familial, lorsque les conditions économiques et hygiéniques sont insuffisantes.

Cette fragilité des prématurés peu après la naissance est évidente dans une statistique de la Pouponnière attachée à la Maternité de Genève, qui donne les chiffres suivants : sur 137 prématurés, 27 sont décédés, soit 19,7 %. La fragilité de ces enfants est d'autant plus grande que le poids de naissance est plus petit :

POIDS	DECES	VIVANTS
0 à 1000 g . 7	7 *(100 %)*	0
1001 à 1200 g : 9	7 *(77,8 %)*	2 *(22,2 %)*
1201 à 1500 g : 11	5 *(45,5 %)*	6 *(54,5 %)*
1501 à 1700 g : 11	4 *(36,4 %)*	7 *(63,6 %)*
1701 à 2000 g : 18	2 *(11,5 %)*	16 *(88,5 %)*
2001 à 2500 g : 81	2 *(2,5 %)*	79 *(97,5 %)*

La Pouponnière de Montreuil a été fondée en 1922 par Madame BLUM-RIBES sous le nom d'"Oeuvre des Nourrissons débiles". Elle est devenue, en 1936, la propriété de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales, et appartient depuis 1948, à la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne. Elle bénéficie de la présence hebdomadaire de Monsieur le Docteur LESNE, à qui elle doit son organisation modèle et ses succès en puériculture. En outre, le Médecin de la Pouponnière est, depuis deux ans, le Docteur BARBET.

1°) Origine des enfants :

Les enfants admis à la Pouponnière proviennent :

a) des Centres de prématurité : Ecole de Puériculture ou Service de maternité et clinique d'accouchements.

b) du milieu familial *(famille ou nourrice).*

c) d'un service hospitalier : convalescence d'une maladie aiguë.

L'étude de nos 100 observations donne la répartition suivante :

Centre de prématurité	Ecole de Puériculture	32 enfants
	Services de maternité ou Cliniques d'accouchement	22 enfants
Milieu familial *(famille ou nourrice)*		38 enfants
Service Hospitalier		8 enfants

2°) Conditions des Entrées

Les enfants admis à la Pouponnière peuvent être classés en plusieurs catégories :

a) Les Prématurés *(poids de naissance inférieur à 2.500 g)* sont envoyés par l'Ecole de Puériculture, les maternités ou les cliniques d'accouchement. Rarement ces prématurés viennent du milieu familial, envoyés pas un médecin de famille ou un dispensaire. Il s'agit, souvent de jumeaux – exceptionnellement de triplés.

b) Les convalescents de maladies aiguës ou d'interventions chirurgicales, sont envoyés après un séjour hospitalier plus ou moins long.

c) Pour certains hypotrophiques, la seule cause retrouvée est une ***insuffisance de soins*** dans les milieux peu éclairés, ou une ***insalubrité du logement***.

Classification des observations d'après les conditions des entrées :

	POIDS DE NAISSANCE	NOMBRE D'ENFANTS
Prématurés *(poids de naissance inférieur à 2.500 g)*	2.500 - 2.000	18
	2.000 - 1.500	32
	1.500 - 1.000	13
	1.000 et au-dessous	3
Non prématurés *(poids de naissance supérieur ou égal à 2.500 g)*	Jumeaux non prématurés	5
	Convalescents	18
	Soins insuffisants	11

d) Les cardiopathies congénitales doivent être mises à part. L'admission des enfants atteints de ces malformations est refusée en général, à cause du risque d'accidents pouvant grever les statistiques de mortalité des Pouponnières pour enfants débiles. Trop souvent de tels enfants sont alors gardés à l'hôpital, la famille ne pouvant assurer la

surveillance et les soins nécessaires. L'admission en pouponnières spécialisées pour cardiopathies congénitales est souhaitable, car les soins donnés à ces enfants présentent d'autant plus d'intérêt que ceux-ci sont susceptibles d'avoir, dans l'avenir, une vie sociale normale, pour beaucoup d'entre eux *(le pronostic de la cardiopathie étant pratiquement impossible à porter dans les premiers mois de la vie)*.

e) ***Les encéphalopathies*** posent aussi un délicat problème. Elles peuvent être dues à la prématurité, à une maladie du foetus ou de l'enfant.

En principe, les formes graves ne sont pas admises à la Pouponnière. Mais le diagnostic et le pronostic des encéphalopathies sont très délicats à porter extemporanément. Certains enfants chez lesquels le retard psychomoteur important et le comportement, avaient pu faire craindre l'existence d'une encéphalopathie, ont fait des progrès tels, au cours des examens successifs, qu'il a fallu réviser le diagnostic *(Exemple Robert L. observation N° 17 p.63)*.

Pourcentage des cardiopathies et des encéphalopathies dans nos observations.

		NOMBRE D'ENFANTS	DIAGNOSTIC
	Cardiopathie	1	Communication Interventriculaire
Encéphalopathies	Prématurés	2	P.N. 2.200 g Césarienne
			P.N. 1.480 g Jumeau
	Non prématurés	2	Méningocèle opéré
			Etat de mort apparente + méningite

Les conditions de l'entrée sont résumées dans le questionnaire de la fiche de renseignements exigée à l'admission *(Cf p.10)*.

3°) Critères d'Admission

En raison de l'importance des soins maternels et du rôle nocif d'un séjour en collectivité pour le nourrisson, les séparations du milieu familial, ne sont envisagées que si l'enfant est réellement justiciable d'un séjour dans une Pouponnière de débiles : enfant hypotrophique, de croissance difficile, nécessitant des soins spéciaux, une surveillance constante. L'action médico-sociale sur le milieu peut permettre, dans certains cas, de laisser l'enfant débile dans sa famille, en le faisant traiter et suivre par une Consultation de nourrissons. Cependant, lorsque le milieu est insuffisant et l'enfant débile, l'admission est nécessaire : de tels enfants fragiles pourraient être difficilement élevés dans leur famille.

Il est souhaitable, enfin, d'éviter l'admission pour de simples "raisons sociales", sans raisons médicales associées. Ceci soulève le problème de l'information des services sociaux sur l'importance des soins maternels dans le développement du jeune enfant. Une Assistante Sociale, convaincue de l'existence du danger de carence affective, envisagera l'admission d'un enfant seulement si l'état physique de celui-ci ne permet pas son maintien dans le milieu familial. La fiche de renseignements sociaux doit donc indiquer les raisons exactes pour lesquelles l'enfant ne peut être traité dans sa famille.

Tout l'effort de l'assistante sociale, ainsi informée des problèmes d'hygiène mentale, sera de conserver les liens familiaux, même si ceux-ci paraissent précaires au premier abord. ***L'expérience montre en effet combien il est difficile de juger de la valeur de ces liens, surtout en peu de temps.***

III - DESCRIPTION DE LA POUPONNIERE POUR ENFANTS DEBILES DE MONTREUIL

La Pouponnière "BLUM-RIBES" est située sur le plateau de Montreuil, aéré et ensoleillé, autrefois couvert de pêchers, actuellement presque entièrement construit. Cependant, il n'existe dans l'entourage aucune industrie malsaine pour les enfants.

1°) Les bâtiments : se composent d'une partie ancienne et d'une partie nouvelle. Les anciens bâtiments comprennent : le lazaret, les trois services d'enfants, les bureaux de la Directrice, du Médecin et de l'Assistante Sociale. Les nouveaux bâtiments comprennent le service des nourrissons les plus jeunes, la biberonnerie, l'économat, la salle à manger et la cuisine du personnel.

a) Le lazaret possède six boxes et une chambre pouvant recevoir deux enfants de même origine. Malgré son exiguité, il présente deux grands avantages :

- la terrasse qui permet de sortir les enfants tout en respectant l'isolement; la porte extérieure du box, ouverte, sert de séparation entre les enfants. Cette terrasse permet en outre aux parents de voir leurs enfants sans pénétrer dans le lazaret.

- une pièce attenante, où dans certains cas, les mères peuvent, lors des visites, prendre leurs enfants dans les bras et les alimenter. Pour les grands enfants, surtout, cette pratique présente des avantages : malgré les phénomènes provoqués par ces visites *(pleurs, cris, lorsque la mère quitte l'enfant)*, celles-ci diminuent en fait le traumatisme de la séparation et permettent une meilleure adaptation au nouveau milieu.

Les enfants restent au lazaret pendant un mois et sont ensuite répartis dans les services, suivant leur âge *(actuellement, des modifications dans cette répartition des enfants sont réalisées progressivement, cf. p.12)*.

b) L'un des services reçoit les enfants dans leur ***premier semestre***. Parmi ces enfants, certains entrent directement dans ce service sans passer par le lazaret; enfants isolés avant leur admission *(Ecole de Puériculture, Service de maternité)*. Ce service est divisé en deux salles de six enfants chacune.

De plus quatre petites chambres d'isolement reçoivent les nourrissons de plus petit poids. Dans les deux salles communes, la séparation des enfants est réalisée par des berceaux spéciaux à parois transparentes. Du point de vue psychique, ces berceaux présentent un grand intérêt : les enfants peuvent se voir l'un l'autre et suivre les personnes se déplaçant dans la salle.

c) Un autre service reçoit les enfants du ***deuxième semestre***. Il comprend dix lits. Dans la journée, les nourrissons peuvent être placés dans des hamacs, ou pour les plus âgés, dans des petites chaises.

d) Les enfants, ***entre un an et dix huit mois***, sont placés dans un troisième service, comprenant dix lits. Dans la journée, les enfants sont mis dans des trotte-bébé ou dans des parcs. A certains moments, ils sont laissés libres, sur le sol et se "trainent à quatre pattes".

e) Enfin, le dernier service reçoit les enfants ***après dix huit mois***. Il comprend dix enfants. Ce service est également doté de parcs, de trotte-bébé, de petits fauteuils. Une salle de jeux vient d'être réalisée pour permettre aux grands enfants de s'ébattre lorsque le temps ne permet pas de les mettre dehors.

f) Un isolement est annexé à chaque service, sauf pour le lazaret, le service des nourrissons et celui des plus jeunes, où les berceaux réalisent eux-mêmes la séparation nécessaire.

g) Un vaste ***jardin*** permet de sortir les enfants par beau temps. Les grands enfants peuvent s'amuser dans un bac à sable.

2°) L'admission des enfants est réalisée de la façon suivante : La demande est faite par le Médecin de l'Etablissement où est l'enfant *(Ecole de Puériculture - maternité - clinique d'accouchements - hôpital)* le médecin du dispensaire ou le Médecin de famille *(la demande est souvent, en fait d'abord déclenchée par les services sociaux correspondants)*. La fiche de renseignements *(cf. p. 10₁)* remplie, est envoyée au Médecin de la Pouponnière, qui accorde ou refuse l'admission. Dans les cas difficiles ou complexes, il peut demander à voir l'enfant avant de donner son accord. La date d'entrée est fixée par la Directrice, suivant les places disponibles.

3°) L'organisation de la Pouponnière comprend trois services : administratif, médical et social.

a) Le service administratif comporte une Directrice, infirmière diplômée d'Etat, dont la collaboration avec l'équipe médico-sociale est indispensable pour appliquer les règles de l'hygiène mentale à la Pouponnière. L'Econome, indirectement, est aussi une aide précieuse, en s'occupant des questions d'ordre matériel touchant les enfants.

b) Le service médical est sous la haute direction de Monsieur le Docteur LESNE, ex-président de l'Académie de Médecine, Médecin honoraire des Hôpitaux de Paris. Le médecin de la Pouponnière est Monsieur le Docteur BARBET, Professeur agrégé de Pédiatrie. Madame le Docteur RAGU, est le neuro-psychiatre de l'établissement. Une interne réside à la Pouponnière.

c) Le service social, enfin, est assuré par une assistante sociale spécialisée travaillant en relation étroite, d'une part avec l'équipe médicale de la Pouponnière, d'autre part avec les assistantes sociales des hôpitaux et des secteurs.

2ème Partie

LES APPLICATIONS PRATIQUES DES REGLES D'HYGIENE MENTALE DANS UNE POUPONNIERE POUR ENFANTS DEBILES

I - EXAMEN AU MOMENT DE L'ENTREE A LA POUPONNIERE
RECHERCHE DE L'INDIVIDUALITE DE L'ENFANT

1°) L'examen d'entrée ne peut être fait sans la fiche de **renseignements médico-sociaux** concernant l'enfant et sa famille, la mère n'étant pas toujours présente lors de l'examen d'entrée. Les principaux renseignements indispensables sont :

- rang de naissance
- grossesse
- accouchement
- antécédents héréditaires
- antécédents congénitaux
- antécédents personnels - antécédents pathologiques,

et mode de vie de l'enfant avant l'entrée *(dans la famille - placement nourricier - hôpital - etc...)*.

2°) **L'examen somatique** permet de poser le diagnostic d'entrée : hypotrophie - prématurité - rachitisme - convalescence de maladies aiguës. Si par erreur, un enfant non justiciable a été admis à la Pouponnière, la cause sociale de l'entrée est étudiée et une solution meilleure qu'un séjour en Pouponnière est recherchée, avec l'aide de l'Assistante Sociale. Dans ces cas, l'enfant reste peu de temps et est rapidement remis dans le milieu familial, si c'est possible, ou mis en nourrice. L'examen d'entrée permet, en outre, de reconnaître les enfants dont l'admission à la Pouponnière est refusée en général *(cardiopathies, encéphalopathies graves)*. Ces enfants sont alors le plus souvent rendus à l'hôpital d'origine, ou à leur famille *(dans le cas du mongolisme par exemple, l'enfant mongolien sera, de préférence, laissé dans son milieu familial où il pourra faire le plus de progrès, selon ses possibilités)*.

3°) **L'examen neuro-psychique** comporte l'examen neurologique fait au cours de l'examen somatique ci-dessus et le ***test psychomoteur***, fait une quinzaine de jours après l'entrée, pour que l'enfant ait eu le temps de s'adapter à la Pouponnière *(ceci étant valable surtout pour les grands enfants)*.

a) Technique - Le test psychomoteur de GESELL consiste à étudier les mouvements de l'enfant, ses réactions vis-à-vis de son entourage et devant un certain nombre d'objets. Les résultats *("Motricité","Préhension" et "Réactions sociales" ou "Affectivité"* sont établis suivant des normes, d'après les réponses de plusieurs milliers d'enfants de niveaux sociaux différents, étudiés par GESELL. Le test permet de chiffrer un niveau de développement psychomoteur. Ce niveau a un intérêt diagnostic, mais il n'a pas d'intérêt pronostic absolu, car il peut varier, en particulier, avec les conditions affectives.

L'interprétation des résultats du test demande donc la synthèse minutieuse des éléments de chaque observation. Il est nécessaire :

- de connaître l'anamnèse de l'enfant : les antécédents pathologiques *(grossesse - accouchement - maladies depuis la naissance)* et "la toile de fond de la vie affective" de l'enfant *(suivant l'expression de Madame le Docteur RAGU)*, c'est-à-dire le climat affectif dans lequel il a vécu jusque là, les changements de milieu, les hospitalisations, les interventions douloureuses....

AISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REGION PARISIENNE

FICHE MEDICALE DE DEMANDE D'ADMISSION DANS UNE POUPONNIERE DE LA CAISSE

OGNE (Seine) 55, rue Denfert Rochereau | MONTREUIL (Seine) 4, Place Marais de Villiers

TANT : Cette fiche remplie et signée par le Médecin demandant l'admission doit être adressée à l'une ou à l'autre des pouponnières. Après les formalités médicales d'admission, l'établissement fera connaître la décision.

ASSURE	ENFANT
éro matricule	NOM
Prénom	Prénom ... Sexe ..
esse	Date et lieu de naissance
fession	A terme Poids

: Complications accouchement

Etat à la naissance
Hospitalisation à Pour ... du ... au ..

Mère : Incidents grossesse

Père : ... Frère :

ME ALIMENTAIRE : Sein ... Mixte ... Cause du sevrage ...
Régime actuel : Nombre de repas ... Quantité ... Lait ...
Régurgitations ... Vomissements ... Diarrhée ... Constipation
Aspect des selles

DIES ET TRAITEMENTS ANTERIEURS : Ictère ... Durée ... Anémie ... Numér. sanguine ...
Rhino-pharyngite ... Otite ... Paracentèse
Convulsions ... Accès de cyanose ... Autres maladies
Médicaments ... Perfusion ... Transfusion ...
Vaccinations : Antivariolique ... Date ... Succès ... B.C.G."S" ... Date
Diphtérie-tétanos-coqueluche ... Date ... Cuti-réaction

EN MEDICAL : Date ... Age ... Poids ... Taille ... Température
Prise de poids depuis naissance
Etat digestif ... Rhino-pharynx
Développement osseux : Dents ... Fontan.les ... Thorax ... Epiphyse
Hernies ... Angiomes
Développement psycho-moteur
Développement sensoriel

ONS MEDICALES DU PLACEMENT ET DUREE PROBABLE DU SEJOUR

ACHET - Nom et adresse du Médecin-Traitant :

Date et signature du Médecin-Traitant :

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

Nom de l'enfant Prénom
Date de naissance
Durée du placement
Décision du Médecin de l'Etablissement
Date :
Signature :

s sur la situation sociale de la famille :

TEST DE GESELL

4 SEMAINES

MOTRICITE

1. Dos : tête le plus souvent sur le côté *(12 sem.)*
2. Dos : réflexe tonique du cou presque continuel *(16 sem.)*
3. Dos : tendance à rouler de 45° sur le côté *(8 sem.)*
4. Tiré assis : la tête retombe en arrière au maximum *(8 sem.)*
5. Assis : tête retombe en avant, dos rond *(8 sem.)*
6. Suspendu ventre : arc de cercle *(8 sem.)*
7. Posé ventre : tête se met sur le côté *(8 sem.)*
8. Ventre : tête en zone I un court instant.
9. Ventre : reptation des membres inférieurs *(8 sem.)*
0. Dos : poings fermés *(12 sem.)*
1. Hochet : au contact le poing se ferme encore plus *(8 sem.)*

ADAPTIVITE

1. Anneau, hochet : ne le voit que dans la ligne du regard *(8 sem.)*
2. Anneau : le suit jusqu'à la ligne médiane *(8 sem.)*
3. Hochet : le laisse tomber immédiatement *(8 sem.)*
4. Sonnette : écoute, activité motrice diminue *(24 sem.)*

LANGAGE

1. Mimique : figure inexpressive, regard vague, sans direction précise *(8 sem.)*
2. Voix : petits bruits de gorge *(8 sem.)*

REACTIONS SOCIALES

1. Incitation : regarde figure de l'examinateur, diminution d'activité *(8 sem.)*
2. Dos : regarde sans but précis *(8 sem.)*
3. Alimentation : une tétée de nuit *(8 sem.)*

8 SEMAINES

MOTRICITE

1. Assis : tête oscillante mais verticale *(16 sem.)*
2. Suspendu ventre : tête sur même ligne que tronc.
3. Posé ventre : tête reste sur ligne médiane.
4. Ventre : soulève tête en zone I; elle retombe *(12 sem.)*

ADAPTIVITE

1. Anneau suspendu : le voit en position médiane, au bout d'un moment *(12 sem.)*
2. Anneau : regarde parfois la main de l'examinateur.
3. Anneau : le suit au-delà de ligne médiane.
4. Hochet : le tient un instant.
5. Sonnette : mimique faciale *(24 sem.)*

LANGAGE

1. Mimique : sourire d'association.
2. Figure : expressive, regard direct et précis.
3. Voix : sons de voyelles isolées : ah, oh, uh *(16 sem.)*

REACTIONS SOCIALES

1. Personne : mimique faciale.
2. Personne : suit une personne se déplaçant.
3. Dos : observe examinateur.
4. Alimentation : suppression de la tétée de nuit.

TEST DE GESELL

MOTRICITE

12 SEMAINES		16 SEMAINES	
1	Dos : tête légèrement sur le côté; ébauche de réflexe tonique du cou *(16 sem.)*	1	Dos : tête en position médiane.
2	Dos : tête en position médiane et attitude symétrique pouvant se voir.	2	Dos : attitude symétrique presque constante.
3	Assis : tête projetée en avant, oscillations latérales *(16 sem.)*	3	Dos : les mains se croisent *(24 sem.)*
4	Debout : supporte une petite fraction de son poids.	4	Assis : tête stable, tenue en avant *(20 sem.)*
5	Debout : lève un pied *(24 sem.)*	5	Ventre : tête ferme en zone III.
6	Ventre : tête en zone II, s'y maintient.	6	Ventre : jambes étendues ou en demi-flexion *(40 sem.)*
7	Ventre : s'appuie sur les avant-bras *(20 sem.)*	7	Ventre : instable, prêt à rouler de côté *(20 sem.)*
8	Ventre : hanches au contact de la table *(jambes fléchies) (40 sem.)*	8	Anneau suspendu : le garde s'il l'a saisi.
9	Dos : mains ouvertes ou poings peu serrés.	9	Dos : les mains palpent, griffent et grattent *(24 sem.)*
10	Hochet : le tient fermement *(préhension partiellement volontaire).*		
11	Tasse : la touche.		

ADAPTIVITE

1	Anneau : le voit immédiatement sur la ligne médiane.	1	Anneau suspendu, hochet : regarde immédiatement.
2	Anneau : le suit sur 180°.	2	Anneau, hochet, cube, tasse : les bras s'agitent *(24 sem.)*
3	Hochet : le regarde quand il le tient.	3	Anneau ou hochet : regarde l'objet qu'il tient.
4	Tasse, cube : les regarde plus qu'un instant.	4	Anneau : le porte à la bouche.
		5	Anneau : en approche la main libre *(28 sem.)*
		6	Tablette : regarde la table ou ses mains sur la table.
		7	Cube, tasse : le regard va de sa main à l'objet *(20 sem.)*
		8	Pastille : la regarde.

LANGAGE

1	Gazouille *(36 sem.)*	1	Mimique : excité, il respire bruyamment *(32 sem.)*
2	Rit.	2	Voix : rit aux éclats.
3	Sociabilité : gazouille quand on lui parle.		

REACTIONS SOCIALES

1	Sociabilité : gazouille quand on lui parle.	1	Sociabilité : sourire spontané.
2	Dos : regarde surtout l'examinateur.	2	Sociabilité : tiré assis, vocalise ou sourit *(24 sem.)*
3	Jeu : regarde ses mains *(24 sem.)*	3	Alimentation : reconnaît le biberon.
4	Jeu : tire sur ses vêtements *(24 sem.)*	4	Jeu : assis avec soutien, 10 à 15 minutes *(40 sem.)*
		5	Jeu : joue avec ses mains, les palpe l'une, l'autre *(24 sem.)*
		6	Jeu : se cache la figure avec sa robe *(24 sem.)*

TEST DE GESELL

20 SEMAINES

MOTRICITE

1. Tiré assis : pas de chute de la tête.
2. Assis : tête droite, stable.
3. Ventre : les bras sont étendus.
4. Ventre : griffe la tablette ou la table *(28 sem.)*
5. Cube : préhension précaire *(24 sem.)*

ADAPTIVITE

1. Hochet, sonnette : les deux mains s'en approchent *(28 sem.)*
2. Hochet, anneau suspendu : préhension seulement si objet près de la main *(24 sem.)*
3. Hochet : cherche du regard le hochet perdu.
4. Cube : tient le premier, regarde le second.
5. 10 cubes : en prend un au contact *(24 sem.)*

LANGAGE

1. Voix : pousse des cris *(36 sem.)*

REACTIONS SOCIALES

1. Sociabilité : sourit à son image dans le miroir.
2. Alimentation : caresse le biberon *(36 sem.)*

24 SEMAINES

MOTRICITE

1. Dos : soulève les jambes haut en extension.
2. Dos : roule et se met sur le ventre.
3. Tiré assis : soulève la tête et s'aide *(40 sem.)*
4. Assis chaise : tronc droit *(36 sem.)*
5. Cube : préhension palmaire *(36 sem.)*
6. Hochet : ne le laisse pas tomber.

ADAPTIVITE

1. Anneau, hochet, cube, sonnette : approche la main et prend.
2. Essaie de rattrapper le hochet perdu.
3. Cube : regarde immédiatement le troisième cube.
4. Cube : Sonnette : à la bouche *(18 mois)*
5. Cube : le laisse tomber, le rattrappe.
6. 10 cubes : en tient un, en touche un autre.

LANGAGE

1. Sonnette agitée : tourne la tête vers la sonnette.
2. Voix : grogne et murmure *(36 sem.)*
3. Voix : gazouillement social spontané. Y compris à la vue des jouets.

REACTIONS SOCIALES

1. Différencie les étrangers.
2. Jeu : sur le dos, attrape son pied *(36 sem.)*
3. Jeu : se tient assis soutenu une demi-heure *(40 sem.)*
4. Miroir : sourit et vocalise à son image.

TEST DE GESELL

28 SEMAINES

MOTRICITE

1. Dos : soulève la tête *(40 sem.)*
2. Assis : un moment sans soutien, appuyé en avant sur les mains *(32 sem.)*
3. Assis : se redresse un court instant.
4. Debout : soutient une large fraction de son poids *(36 sem.)*
5. Se trémousse activement *(32 sem.)*
6. Cube : préhension radio-palmaire *(36 sem.)*
7. Pastille : ratisse de toute la main, la touche *(32 sem.)*

ADAPTIVITE

1. Hochet, sonnette : approche une main et saisit.
2. 10 cubes : en tient un, en attrape un autre.
3. Cube : en tient, plus qu'un instant, deux.
4. Sonnette : la cogne sur la tablette *(40 sem.)*
5. Hochet : le secoue avec insistance.
6. Anneau, cube : les passe d'une main à l'autre.
7. Sonnette : la passe adroitement d'une main à l'autre
8. Sonnette : ne la laisse pas tomber.

LANGAGE

1. Voix : m-m-m- quand il pleure *(40 sem.)*
2. Voix : sons de voyelles polysyllabiques *(36 sem.)*

REACTIONS SOCIALES

1. Alimentation : prend bien les solides
2. Jeu : couché, porte le pied à la bouche *(36 sem.)*
3. Miroir : le touche, caresse son image.
4. Anneau, ficelle : grogne ou abandonne *(32 sem.)*

32 SEMAINES

MOTRICITE

1. Assis : se tient droit une minute mais instable *(36 sem.)*
2. Debout : se tient un instant debout, tenu par les mains *(36 sem.)*
3. Ventre : pivote autour d'un axe vertical *(40 sem.)*
4. Pastille : ratissage radial *(36 sem.)*
5. Pastille : préhension en ciseaux inférieurs, sans succès *(36 sem.)*

ADAPTIVITE

1. Cube : prend le deuxième cube.
2. Cubes : garde le deuxième cube quand le troisième est présenté.
3. Cubes : en tient deux longtemps.
4. Tasse, cube : tient le cube, regarde la tasse.
5. Anneau, ficelle : finit par attraper l'anneau

LANGAGE

1. Voix : syllabes isolées : da, ba, ka.

REACTIONS SOCIALES

1. Jeu : mord, suce les jouets *(18 mois)*
2. Jeu : essaie avec persistance d'atteindre des jouets hors de portée *(40 sem.)*
3. Anneau, ficelle : persiste à atteindre l'anneau.

TEST DE GESELL

36 SEMAINES

MOTRICITE

1. Assis : 10 minutes et plus, stable.
2. Assis : se penche en avant, se relève.
3. Debout : se tient debout à l'appui.
4. Pastille : préhension en ciseaux inférieurs *(40 sem.)*
5. Cube : préhension radio-digitale.

ADAPTIVITE

1. Cube : prend le troisième cube *(40 sem.)*
2. Cubes : cogne, pousse un cube avec l'autre *(15 mois)*
3. Tasse, cube : met le cube contre la tasse *(44 sem.)*
4. Pastille, bouteille : approche de la bouteille d'abord *(40 sem.)*
5. Anneau, ficelle : manipule la ficelle.

LANGAGE

1. Voix : papa ou équivalent.
2. Voix : imite les sons.
3. Compréhension : répond à son nom, comprend non-non.

REACTIONS SOCIALES

1. Alimentation : tient le biberon.
2. Mange seul un biscuit.

40 SEMAINES

MOTRICITE

1. Assis : indéfiniment stable.
2. Assis : peut se mettre sur le ventre.
3. Debout : se met debout en s'aidant de la barrière *(15 mois)*
4. Ventre : rampe *(15 mois)*
5. 10 cubes : en laisse tomber un, en prend un autre *(15 mois)*
6. Pastille : la prend rapidement.
7. Pastille : préhension pouce en opposition, autres doigts réunis.
8. Anneau, ficelle : tire aisément sur la ficelle.

ADAPTIVITE

1. Cubes : un cube dans chaque main, les approche *(15 mois)*
2. Tasse, cube : touche le cube dans la tasse.
3. Pastille : pointe l'index vers la pastille.
4. Pastille dans bouteille : regarde la pastille si elle tombe.
5. Pastille, bouteille : approche de pastille d'abord.
6. Pastille, bouteille : prend la pastille.
7. Sonnette : la prend par la poignée.
8. Sonnette : l'agite ou la secoue spontanément.

LANGAGE

1. Voix : papa et mama.
2. Voix : un mot.
3. Comprend au revoir et bravo.

REACTIONS SOCIALES

1. Sociabilité : fait le geste d'au revoir et bravo.

TEST DE GESELL

44 SEMAINES

MOTRICITE

1 Debout *(à la barrière)* : lève le pied et le repose *(48 sem.)*

2 Sonnette : la saisit par le sommet du manche.

ADAPTIVITE

1 Tasse, cube : enlève le cube de la tasse.

2 Tasse, cube : *(sur ordre)* met le cube dans la tasse sans le lâcher *(52 sem.)*

3 Pastille dans bouteille : montre la pastille à travers le verre *(18 mois)*

4 Sonnette : examine et tripote le battant.

5 Anneau, ficelle : premier mouvement vers la ficelle.

LANGAGE

REACTIONS SOCIALES

1 Sociabilité : tend un jouet à l'examinateur, mais ne le lâche pas *(52 sem.)*

2 Alimentation : boit une partie des liquides à la tasse.

3 Miroir : avec main libre, touche l'image de la balle qu'il tient *(52 sem.)*

48 SEMAINES

MOTRICITE

1 Assis : pivote sur lui-même.

2 Debout : marche le long de la barrière *(15 mois)*

3 Marche : doit être tenu par les deux mains.

4 Pastille : préhension entre le pouce et l'index.

ADAPTIVITE

1 Cubes : jeux avec succession d'opérations *(36 sem.)*

2 Pastille et bouteille : prend seulement la pastille *(56 sem.)*

3 Encastrement : retire aisément le bloc rond.

REACTIONS SOCIALES

1 Jeu : met volontiers les jouets hors de la table *(mais non hors du berceau)* *(15 mois)*

2 Jeu : utilise les espaces latéraux de la tablette d'examen *(52 sem.)*

TEST DE GESELL

52 SEMAINES		56 SEMAINES	
	MOTRICITE		
1	Marche tenu seulement par une main *(15 mois)*	1	Debout : se tient un instant seul.
		2	Cubes : en tient deux dans une main.
	ADAPTIVITE		
1	Cube *(démonstration)* : essaie de faire une tour, échoue *(15 mois)*	1	Tasse, cube *(sans démonstration)* : cube dans tasse.
2	Tasse, cube *(démonstration)* : lâche un cube dans tasse *(56 sem.)*	2	Dessin : gribouille vigoureusement par imitation.
3	Pastille, bouteille : essaie de mettre la pastille, la lâche à côté *(15 mois)*	3	Encastrement *(démonstration)* : insère le bloc rond *(15 mois)*
4	Anneau, ficelle : agite anneau par ficelle.		
5	Encastrement : regarde spécialement le trou rond.		
	LANGAGE		
1	Paroles : 2 mots *(en plus de maman et papa)*.	1	Parole : 3-4 mots.
		2	Parole : début de jargon *(24 mois)*.
2	Compréhension : donne un jouet sur demande et geste.	3	Compréhension : le nom de quelques objets.
	REACTIONS SOCIALES		
1	Miroir : applique la balle sur la glace.	1	Balle : la donne avec une ébauche de lancement vers examinateur *(18 mois)*.
2	Habillement : fait les gestes appropriés quand on l'habille *(24 mois)*.		

TEST DE GESELL

15 MOIS

MOTRICITE

1. Marche : quelques pas, part, s'arrête.
2. Marche : tombe en s'effondrant *(18 mois)*
3. Marche : ne marche plus à quatre pattes
4. Escalier : monte à quatre pattes *(18 mois)*
5. 10 cubes : tour de 2
6. Pastilles : *(sans démonstration)* les place dans bouteille
7. Livre : aide à tourner les pages.

ADAPTIVITE

1. 10 cubes : tour de 2
2. Tasse, cube : en met et en sort 6 *(18 mois)*
3. Dessin : ébauche d'imitation de trait.
4. Encastrement *(sans démonstration)* : place le bloc rond.
5. Encastrement : met promptement le bloc rond

LANGAGE

1. Parole : 4-5 mots y compris noms des personnes
2. Parole : jargon *(24 mois)*
3. Livre : caresse les images *(18 mois)*.

REACTIONS SOCIALES

1. Alimentation : plus de biberon
2. Alimentation : ne prend pas les plats sur la table.
3. Sphincters : régulation partielle des mictions *(24 mois)*
4. Sphincters : contrôle des matières
5. Sphincters : indique quand culotte mouillée *(18 mois)*
6. Conversation : dit tata ou équivalent
7. Conversation : montre ou vocalise quand il veut une chose *(21 mois)*
8. Jeu : montre ou offre un jouet *(21 mois)*
9. Jeu : jette objets pour jouer ou refuser *(18 mois)*.

18 MOIS

MOTRICITE

1. Marche : tombe rarement.
2. Marche : peut marcher vite, court de manière raide *(24 mois)*
3. Escalier : monte, une main tenue *(21 mois)*
4. Petite chaise : s'y assied seul.
5. Chaise d'adulte : peut y grimper.
6. Balle : la jette *(48 mois)*
7. Ballon : marche dedans *(21 mois)*.
8. Livre : tourne les pages, 2 - 3 à la fois *(24 mois)*.

ADAPTIVITE

1. 10 cubes : tour de 3 - 4
2. Tasse, cubes : 10 dans la tasse.
3. Pastille dans bouteille : la sort en retournant la bouteille.
4. Dessin : gribouille spontanément *(36 mois)*.
5. Dessin : imite un trait.
6. Encastrement : empile les trois blocs *(24 mois)*

LANGAGE

1. Livre : regarde images en choisissant.
2. Parole : 10 mots y compris les noms de personnes.
3. Carte d'images : en nomme ou en pointe une.
4. Objets : nomme la balle.
5. Balle : obéit à deux ordres.

REACTIONS SOCIALES

1. Alimentation : tend assiette vide.
2. Alimentation : mange un peu seul, se salit et renverse *(36 mois)*
3. Sphincters : ne se mouille plus le jour *(24 mois)*
4. Jeu : tire un jouet *(30 mois)*
5. Jeu : porte un ours ou une poupée *(24 mois)*

TEST DE GESELL

21 MOIS		24 MOIS	
	MOTRICITE		
1	Marche : s'accroupit en jouant.	1	Marche : court bien, ne tombe pas.
2	Escalier : descend tenu par une main *(24 mois)*	2	Escalier : monte et descend seul.
3	Escalier : le monte en s'aidant de la rampe *(24 mois)*	3	Ballon *(sans démonstration)* : coup de pied.
4	Ballon *(après démonstration)* : donne un coup de pied dedans *(24 mois)*	4	10 cubes : tour de 6 - 7
5	10 cubes : tour de 5 - 6.	5	Livre : tourne les pages une à une.
	ADAPTIVITE		
1	10 cubes : tour de 5 - 6.	1	10 cubes : tour de 6 - 7.
2	10 cubes : imite train poussé *(24 mois)*	2	10 cubes : en aligne 2 ou plus, train *(36 mois)*.
3	Encastrement : place 2 ou 3 blocs.	3	Dessin : imite trait vertical.
4	Boîte de performance : insère le coin du carré.	4	Dessin : imite trait circulaire.
5	Boîte de performance : retire la balle.	5	Encastrement : place chaque bloc dans son trou *(30 mois)*.
		6	Encastrement : planche retournée, s'adapte après 4 essais.
		7	Boîte : insère le carré.
	LANGAGE		
1	Parole : 20 mots.	1	Parole : plus de jargon.
2	Parole : combine 2 - 3 mots spontanément *(24 mois)*.	2	Parole : phrases de 3 mots.
3	Balle : obéit à trois ordres.	3	Parole : utilise je, moi, tu.
		4	Carte d'images : en nomme 3 ou plus.
		5	Carte d'images : en identifie 5 ou plus.
		6	Balle : obéit à quatre ordres.
	REACTIONS SOCIALES		
1	Alimentation : tient bien la tasse	1	Alimentation : ne renverse plus la cuiller.
2	Conversation : demande pour manger, boire, uriner.	2	Sphincters : sec la nuit si levé une fois *(36 mois)*.
3	Conversation : répète les deux derniers mots ou plus *(24 mois)*	3	Sphincters : demande assez régulièrement pour besoins *(42 mois)*.
4	Conversation : tire une personne pour montrer quelque chose *(24 mois)*.	4	Habillement : met un vêtement simple.
		5	Verbalise ce qu'il fait *(conversation)*
		6	Conversation : parle de lui en s'appelant par son nom *(30 mois)*.
		7	Conversation : comprend et demande un autre.
		8	Jeu : tend la tasse pleines de cubes.
		9	Jeu : mimique domestique.
		10	Jeu : prédominance de jeu parallèle *(42 mois)*.

TEST DE GESELL

30 MOIS	36 MOIS	42 MOIS
MOTRICITE		
1 Marche *(après démonstration)*: sur la pointe des pieds.	1 Escalier : monte en alternant les pieds.	1 Debout : sur un pied 2 secondes.
2 Saute : les 2 pieds en l'air en même temps.	2 Saute la dernière marche.	
3 Debout : essaie de se tenir sur un pied.	3 Tricycle : le conduit et se sert des pédales	
4 10 cubes : tour de 8.	4 Debout : sur un pied un instant, oscille.	
5 Dessin : tient le crayon par les doigts.		
ADAPTIVITE		
1 10 cubes : tour de 8.	1 10 cubes : tour de 9 *(10 après 3 essais)*	1 10 cubes : construit un pont. d'après le modèle
2 10 cubes : ajoute une cheminée au train.	2 10 cubes : imite le pont.	2 Chiffres : en répète 3 *(2 essais sur 3)*
3 Dessin : 2 traits ou plus en croix *(36 mois)*	3 Dessin : donne des noms à ce qu'il dessine.	
4 Dessin : imite traits verticaux et horizontaux.	4 Dessin : copie le cercle.	
5 Grand encastrement : met un bloc.	5 Dessin : imite la croix.	
6 Encastrement : place les trois blocs.	6 Grand encastrement: en place 3	
7 Encastrement: s'adapte au retournement après erreur *(36 mois)*	7 Petit encastrement : s'adapte, pas d'erreur ou correction immédiate de l'erreur.	
8 Chiffres : en répète 2 *(1 essai sur 3)*.	8 Chiffres : répète 3 chiffres *(1 essai sur 5)*.	
LANGAGE		
1 Nom : donne son nom de famille.	1 Livre : décrit ce que font les personnes ou les animaux.	1 Carte d'images.
2 Carte d'images, en nomme 5	2 Conversation : se sert du pluriel.	2 Compréhension : répond à deux questions.
3 Carte d'images, en identifie 7	3 Carte d'images : en nomme 8.	3 Prépositions : Obéit à trois ordres *(balle et chaise)*.
4 Objets de test : en donne l'usage.	4 Sexe : dit son sexe.	
	5 Questions : répond à une.	
	6 Ordres avec prépositions : 2 sur 4.	
REACTIONS SOCIALES		
1 Conversation : se sert du pronom pour se désigner.	1 Alimentation : se nourrit lui-même, renverse peu.	1 Habillement : lave et sèche figure et mains.
2 Conversation : répétition en parole et autres activités *(36 mois)*	2 Alimentation : verse bien d'un pot.	2 Jeux : jeu d'association, remplace le jeu parallèle.
3 Jeu : pousse un jouet en le dirigeant correctement.	3 Habillement : met ses souliers.	
4 Jeu : aide à ranger.	4 Habillement : déboutonne les boutons accessibles.	
5 Jeu : peut porter un objet fragile.	5 Jeux : comprend chacun son tour.	
	6 Jeux : connait quelques chansons enfantines.	

- d'étudier le ***comportement*** du nourrisson, non seulement pendant le test, mais aussi en dehors du test, dans son milieu habituel. L'enfant peut être "dépaysé" pendant l'examen et, dans ce cas, les résultats sont discordants avec l'observation journalière.

La valeur des tests de développement psychomoteur peut être comparée à celle des examens de laboratoire : les résultats sont interprétés en fonction du contexte clinique : ici troubles neurologiques éventuels - anamnèse de l'enfant *(conditions du milieu - antécédents pathologiques).*

b) Les résultats des tests psychomoteurs faits à l'entrée montrent une grande fréquence de retards. Les niveaux psychomoteurs, suivant les catégories d'enfants, peuvent être classés dans le tableau ci-dessous :

CATEGORIES D'ENFANTS		NIVEAU P M NORMAL	RETARD P M < 2 MOIS	RETARD P M > 2 MOIS
Prématurés P N ≤ 2.500	P N = 2.500 - 2.000	1	11	6
	P N = 2.000 - 1.500	1	25	6
	P N = 1.500 - 1.000	0	6	7
	P N < 1.000	0	0	3
Non Prématurés P N > 2.500	Jumeaux dont P N > 2.500	0	1	4
	Convalescents	2	5	11
	Soins insuffisants	0	4	7
TOTAL		4	52	44

D'après ce tableau, les retards psychomoteurs importants *(supérieurs à 2 mois)* sont surtout fréquents chez les grands prématurés *(poids de naissance au-dessus de 1.000 gr)* les convalescents et les hypotrophiques par soins insuffisants.

L'étiologie de ces retards psychomoteurs sera étudiée plus loin.

La confrontation des renseignements médico-sociaux, des résultats de l'examen d'entrée somatique et neuropsychique permet de porter un diagnostic. Mais celui-ci pourra être modifié au cours du séjour. Tel enfant considéré comme "encéphalopathe" à l'admission fait des progrès si manifeste que le pronostic doit être corrigé. Inversement, un retard psychomoteur grave n'est pas toujours évident au premier examen, surtout s'il s'agit d'un très jeune enfant.

II - LA VIE DE L'ENFANT A LA POUPONNIERE

1) Le développement psychomoteur pendant le séjour et ses modifications par rapport à la norme.

Le Service médical des Oeuvres Sanitaires de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale s'intéresse particulièrement depuis quelques années aux problèmes d'hygiène mentale soulevés par les enfants du premier âge élevés en collectivité. Madame le Docteur RAGU vient régulièrement s'occuper de ces problèmes. Ceux-ci sont complexes car il s'agit de nourrissons hypotrophiques *(pour certains auteurs, le Docteur MAILLET en particulier, le retard psychomoteur serait parallèle au retard physique et inversement...)*, et les conditions familiales sont souvent médiocres; Ainsi s'intriquent différents facteurs étiologiques aussi bien acquis qu'héréditaires, dont le seul lien commun semble être les troubles émotionnels consécutifs à des changements de mains successifs ou à une mauvaise ambiance familiale.

Pour suivre le développement psychomoteur des enfants, les tests sont répétés tous les deux mois environ. Le plus souvent, les enfants progressent, mais ne récupèrent pas totalement. Beaucoup plus rarement, ils régressent ou, au contraire, retrouvent un niveau psychomoteur correspondant à leur âge réel.

A) Les résultats des tests pratiqués sont les suivants :

Nous avons vu à la page 16 que les retards psychomoteurs étaient fréquents dès l'entrée.

Au moment de la sortie, les niveaux psychomoteurs peuvent être schématisés dans le tableau suivant :

CATEGORIES D'ENFANTS		NIVEAU P M NORMAL	RETARD P M ⩽ 2 MOIS	RETARD P M > 2 MOIS
Prématurés P N ⩽ 2.500	P N = 2.500 - 2.000	0	13	5
	P N = 2.000 - 1.500	0	11	21
	P N = 1.500 - 1.000	0	0	13
	P N = < 1.000	0	0	3
Non prématurés P N > 2.500	Jumeau dont P N > 2 500	0	2	3
	Convalescents	0	6	12
	Soins insuffisants	1	2	8
TOTAL		1	34	65

La comparaison des tableaux de niveau psychomoteur à l'entrée et à la sortie, montre que :

- 4 % des enfants ont un niveau psychomoteur normal à l'entrée, contre 1 % à la sortie.
- 52 % ont un retard psychomoteur inférieur à 2 mois à l'entrée, contre 34 % à la sortie.
- 44 % ont un retard psychomoteur supérieur à 2 mois à l'entrée, contre 65 % à la sortie.

La comparaison du niveau psychomoteur, pour un même enfant, au moment de l'entrée et de la sortie, aboutit au tableau suivant :

A L'ENTREE	A LA SORTIE		
	NIVEAU P M NORMAL	RETARD P M $\leqslant$ 2 MOIS	RETARD P M $>$ 2 MOIS
Niveau P M normal = 4	0	2	2
Retard P M $\leqslant$ 2 mois = 52	1	31	20
Retard P M $>$ 2 mois = 44	0	1	43
Total des retards à la sortie	1	34	65

Les retards psychomoteurs sont donc plus fréquents au moment de la sortie qu'au moment de l'entrée.

B) L'étude du développement psychomoteur des nourrissons placés à la Pouponnière montre donc un ***retard constant d'importance variable :***

a) Pour les prématurés admis directement de la Maternité ou de l'Ecole de Puériculture, le développement est satisfaisant jusqu'à l'âge de 6 à 7 mois environ *(sauf souvent un léger retard de la motricité et de la préhension)*. Jusqu'à cet âge, le nourrisson est gai, éveillé, souriant. Les grands prématurés *(au-dessous de 1.500 g.)* cependant, présentent souvent un retard plus important *(cf. tableaux p. 11, 12 et ci-dessus)*. Après l'âge de 6 mois, pour les prématurés moyens dont le développement a été satisfaisant jusque là, se produit un ralentissement de ce développement et souvent des troubles du comportement: enfant moins éveillé, triste, paraissant "indifférent" ou "capricieux".

b) La fréquence des retards psychomoteurs constatés chez les enfants venant du milieu familial est expliqué, suivant les cas, par une maladie, des soins insuffisants, un changement de personnes s'occupant de l'enfant *(placement momentané en nourrice par exemple)*. Les enfants venant d'un milieu familial satisfaisant et n'ayant subi aucun changement ne présentent pas de retard en général.

c) Pour les enfants admis après une hospitalisation, le retard psychomoteur est habituel. Il est fonction de la gravité de la maladie, de la durée et de l'âge au moment de la séparation.

d) Pendant le séjour à la Pouponnière, le retard psychomoteur est net, surtout pour les enfants ayant dépassé l'âge de 6 à 7 mois. Il augmente à partir de cette date avec l'âge et est très important pour les grands enfants, portant surtout, pour ceux-ci, sur le langage, le contrôle sphinctérien, la possibilité de manger seul.

C) Cette grande fréquence des retards psychomoteurs constatés chez les enfants de pouponnière nous conduit à la recherche des différentes ***étiologies, la carence affective étant un diagnostic d'élimination.*** Il peut s'agir :

a) d'un simple retard de développement lié à l'hypotrophie.

D'après la thèse de Madame le Docteur LEGERON au Centre Hospitalier Paul PARQUET, inspirée par Monsieur le Docteur MAILLET, Médecin-Chef, en 1954 : "L'Etat psychomoteur des nourrissons hypotrophiques". D'après cette étude, le retard serait parallèle au retard de développement physique et se comblerait peu à peu avec les progrès de celui-ci.

b) d'un retard psychomoteur ***d'origine organique.***

Les causes en sont variées .

- maladie foetale : rubéole-toxoplasmose,
- un cas particulier : le mongolisme,
- incident obstétrical : cri ou respiration retardée, cyanose nécessitant : désobstruction, réanimation, oxygénation,
- hémorragie méningée : fréquente chez les prématurés,
- toxicomanie alcoolique des parents étudiée récemment *(en 1957)* au Centre Hospitalier Paul PARQUET, dans la thèse de Mademoiselle le Docteur ROUQUETTE.

Les conséquences de ces atteintes organiques ont des degrés divers, suivant l'importance de "l'encéphalopathie". Notons que l'atteinte cérébrale peut demeurer latente au cours des premiers mois et ne se manifester qu'au moment où la motricité se subordonne au contrôle cortical.

c) ***Les retards d'origine affective ou psychogénétique*** ouvrent un vaste champ d'action dans la lutte contre la carence affective et ses conséquences nocives pour la croissance, aussi bien physique que mentale.

Les deux facteurs, organique et affectif, sont souvent difficiles à dissocier. Les enfants atteints de désordres neurologiques peuvent d'autant mieux récupérer qu'ils sont entourés de soins plus attentifs. Un retard important ne comporte pas ipso facto un pronostic sévère. L'observation assez longtemps poursuivie de tels cas montre parfois la possibilité d'une évolution normale, à condition toutefois que l'enfant soit placé dans les conditions affectives nécessaires à son développement *(ex. Jean Louis C. N° 10 p. 38)*

En pouponnière, les conditions d'élevage en commun risquent de rendre insuffisants les soins affectifs nécessaires au développement de l'enfant. De plus, du fait des [illegible]ations familiales déjà signalées, une carence affective a précédé, dans certains cas l'entrée de l'enfant à la Pouponnière.

Avant l'entrée, l'enfant peut avoir souffert de troubles émotionnels

- par suite d'une ***dissociation familiale***
- mère seule,
- mésentente conjugale
- mère ayant quitté le domicile conjugal,
- maladie ou décès de la mère,

etc. ...

L'étude des dossiers révèle la fréquence de telles dissociations familiales. Plusieurs facteurs de dissociation peuvent s'intriquer, créant parfois des situations sociales complexes : Ex. Jacques et Jean C. *(observ. N° 20 et 21 p.46 et 47).*

En dehors de la dissociation familiale, d'autres causes de carence affective peuvent être en jeu:

- un ***séjour hospitalier*** prolongé ou répété
  (exemple : Edmond C (Observation N° 29 - p. 53)
- un ***placement antérieur*** dans une collectivité
- des ***changements*** successifs de milieu
- des ***interventions*** douloureuses
  (exemple : Sylvie B. (Observation n° 4 - p. 33)

Ces dernières causes de carence affective peuvent être associées à une dissociation familiale. Il en résulte la nécessité de connaître, en détail, l'anamnèse de l'enfant, les dates exactes et la durée des évènements survenus dans sa vie : séparation d'avec la mère, hospitalisation, placement, intervention douloureuse, etc... Ceci souligne à nouveau l'importance d'une liaison étroite avec les services médico-sociaux et avec les familles.

- Au moment de l'admission :

L'enfant peut avoir une "réaction de séparation" à l'entrée. Il s'agit, dans ce cas, le plus souvent, d'enfants ayant dépassé l'âge d'un an et ayant été l'objet de bons soins affectifs avant l'entrée. Ils pleurent, crient, réclament leur mère. D'autres tombent dans une inertie totale. Quand la mère vient les voir, leur angoisse semble accrue *(cependant ces visites sont nécessaires en facilitant l'adaptation).* L'appétit et le sommeil sont souvent perturbés les premiers jours. *Exemple Alfred R. (observation N° 27 p. 52).- (Exemple Françoise S. (observation N° 25 p. 50).*

Les enfants ayant souffert de carence affective avant l'entrée, par contre ne présentent pas ces troubles en général : Ils sont calmes, indifférents apparemment, en fait, heureux d'être l'objet de soins affectueux. *(Exemple Edmond C. (observation N° 29 - p. 53).*

Cette fréquence des troubles émotionnels subis par les enfants admis à la Pouponnière et l'importance des soins maternels qui leur sont prodigués pendant le séjour, imposent un certain nombre de précautions portant sur :

- les relations entre enfants et puéricultrices,
- la répartition des enfants dans les services,
- la nécessité du lazaret, de l'isolement, de l'hospitalisation,
- la durée du séjour.

*2) **Les relations entre enfants et puéricultrices*** ont une importance capitale, puisque celles-ci remplacent la mère pendant le séjour de l'enfant.

Le rôle primordial de la mère ou de son substitut dans le développement de l'enfant, tant physique que psychique, n'est plus discuté actuellement, mais le problème des soins maternels demeure.

A la Pouponnière de Montreuil, chaque visiteur est frappé par l'atmosphère familiale qui règne dans l'établissement. Chaque puéricultrice montre ses enfants avec un intérêt et un amour digne d'une mère. Cette atmosphère familiale est le reflet de

l'amour de l'enfant qui éclate chez toutes les puéricultrices, et du grand dévouement de la Directrice qui consacre sa vie à cette oeuvre.

Il convient d'insister ici sur le fait que la profession de "puéricultrice" requiert une vocation. La tâche est double : celle d'une puéricultrice expérimentée, mais aussi celle d'une "bonne mère". Il ne suffit pas de suivre les règles de la puériculture dans le domaine de l'hygiène physique, il faut aussi aimer l'enfant à tout instant, lui manifester de la tendresse, jouer avec lui et lui permettre ainsi des acquisitions nouvelles, comme le ferait une mère. Ceci, bien entendu, ne peut être fait que dans la mesure où les soins physiques laissent du temps aux puéricultrices *(problème de l'effectif du personnel)*.

A) De tels besoins affectifs sont à la base de l'hygiène mentale dont l'importance est aussi grande que celle de l'hygiène physique. Les témoignages d'affection et de tendresse, de "coloration maternelle" sont permis dorénavant à la Pouponnière de Montreuil et même recommandés. "Il convient, écrit Madame le Docteur RAGU de maintenir, sans cesse pour l'enfant, cette ambiance où il est le centre d'un monde à sa mesure, où tout geste est une manifestation de tendresse, où les évènements, petits à nos yeux, mais immense à ceux de l'enfant, du bain, de la toilette, de l'habillage, de l'alimentation surtout, sont l'occasion de ces jeux inventés par la mère nourricière et par l'enfant, de ces menues attentions qui donnent à leurs relations la tonalité d'affection capable d'amortir les frustrations inévitables et la crainte des soins médicaux".

B) Sur le plan de l'alimentation quelques observations d'anorexie ou d'arrêt de croissance pondérale malgré un régime équilibré sont manifestement d'origine psychogénétique :

a) Au moment de l'entrée, l'anorexie fait souvent partie de la réaction de séparation, pour les grands enfants, venant de chez eux. Cette anorexie cède habituellement en quelques jours, en même temps que l'enfant est "apprivoisé". Parallèlement, le poids peut être stationnaire pendant quelques jours avant de progresser régulièrement.

   - L'anorexie peut pré-exister à l'entrée comme séquelle de la maladie qui a amené l'admission de l'enfant.

   - Plus rarement l'anorexie est la cause même de l'entrée. Il s'agit, le plus souvent alors, de mères anxieuses, et l'éloignement momentané de l'enfant du milieu familial est parfois nécessaire pour rompre le conflit existant entre l'enfant et la mère.

b) Pendant le séjour, les cas d'anorexie sont de plus en plus rares, depuis que le conseil de ne pas "forcer" l'enfant est suivi. Deux causes d'anorexie pendant le séjour peuvent cependant se voir.

   - l'anorexie en relation avec le changement de puéricultrice est du même ordre que celle observée au moment de la réaction de séparation après l'entrée.

   - l'anorexie peut atteindre, enfin, des enfants dont le séjour à la Pouponnière s'est prolongé alors que l'état physique de l'enfant aurait permis sa sortie *(ceci pour des causes sociales)*. L'enfant se trouve dans des conditions de vie collective qui ne répondent plus à ses besoins et son bon état général ne favorise plus ces soins attentifs dont il a été entouré par sa puéricultrice au moment où sa croissance physique était déficiente. Parmi ces enfants, certains sont anorexiques, d'autres ont un arrêt de la croissance pondérale, malgré un appétit conservé.

C) L'expérience montre que, pour réaliser ce climat affectif propice au développement de l'enfant, la ***permanence du même visage maternel*** est nécessaire. L'expérience montre aussi que peu après l'entrée, chaque enfant est spontanément choisi, comme "fils" ou "fille" par une puéricultrice. Le "choix" des nourrissons par les "mères-nourricières"

est variable suivant les tempéraments : certaines préfèrent de "beaux enfants" d'autres préfèrent des enfants très débiles ou paraissant malheureux. Cette "préférence", loi de l'affectivité, est respectée, mais l'équipe médicale et la Directrice, veillent à ce que chaque enfant soit "le préféré" d'une puéricultrice et jouisse ainsi des soins maternels qui, pour être efficaces, doivent être constants.

D) Pour faciliter cette permanence du même visage maternel, la ***répartition des enfants*** a été progressivement modifiée. La constance du lien entre enfant et puéricultrice a d'abord été réservée à des cas particuliers, où le retard psychomoteur semblait dû, en grande partie, à une carence affective *(Exemple Josette A - Observation N° 15 p. 42)*. Dans les autres cas, la prolongation du séjour amenait l'enfant à changer de salle : sa puéricultrice allait alors le voir à ses moments de loisir et continuait à s'intéresser à ses progrès.

- le service des plus petits reçoit directement les prématurés venant de l'Ecole de Puériculture ou des Maternités. Après l'âge de 6 à 7 mois en général, ces enfants peuvent rentrer dans leur famille ou être mis en nourrice. Dans le cas d'hypotrophie persistante, au contraire, ils passent dans un des trois autres services et y restent jusqu'à la sortie.

- le lazaret reçoit des convalescents, des hypotrophiques pour "soins insuffisants" quelques prématurés *(si le service des plus petits est complet)*. Après un séjour d'un mois, les enfants passent dans un des trois services des plus grands, sauf pour les prématurés de moins de 4 mois, qui passent dans le service des plus petits.

Ainsi, les enfants restent avec la même puéricultrice pendant une durée importante du séjour. Les changements de service ont lieu au maximum une fois, parfois deux. Un changement est inévitable : celui du lazaret. Les autres changements éventuels se font avant l'âge de 6 mois : ce qui serait moins grave, semble-t-il, d'après les études faites sur la carence affective jusqu'à présent.

Ce fonctionnement de la Pouponnière présente de grands avantages :

- Il facilite le développement de l'enfant : il serait logique, a priori, de penser que le changement de salle permet l'éveil de l'enfant, en lui offrant un cadre nouveau. Les observations faites à la pouponnière montrent plutôt le contraire. Souvent, après un changement de salle, l'enfant est dépaysé, son appétit diminue, sa courbe de poids stationne, le développement psychique se ralentit. Dans certains cas, enfin, apparaissent des tics ou des balancements. *(Exemple Simon S - Observation N° 9 - p. 37)*.

Ces troubles sont dus au changement de la personne s'occupant de l'enfant *(ils peuvent se voir aussi après le départ d'une puéricultrice)* et soulignent l'importance du "même visage maternel" pour le développement, tant physique que psychique de l'enfant.

- Il stimule chez la puéricultrice l'amour de l'enfant : celle-ci s'attache à l'enfant qui lui est confié, sachant qu'il restera avec elle jusqu'à la sortie *(dans la mesure du possible)*. Elle peut mieux accomplir sa tâche maternelle et ainsi, l'enfant est entouré de soins affectifs plus efficaces. Enfin, la joie de "voir son enfant" se développer sous ses yeux est un précieux encouragement pour la puéricultrice.

E) Certains inconvénients demeurent inévitables :

Ceux du lazaret, de l'isolement, de l'hospitalisation.

a) le lazaret : est indispensable pour éviter les maladies épidémiques dans la pouponnière. Le séjour du lazaret dure 30 jours. Lorsqu'il s'agit de grands enfants, les réactions de tristesse et même de désespoir, sont fréquentes, l'adaptation est difficile

(pleurs ou apathie), inintérêt anorexie, croissance pondérale insuffisante et même chute de poids. Suivant la remarque de Monsieur le Docteur BARBET, Médecin de la Pouponnière, le séjour au lazaret est un temps perdu pour la cure. Comme il a été déjà dit, dans certains cas, les enfants sont mis dans les bras de la mère *(dans une pièce réservée)* ce qui facilite l'adaptation, malgré la recrudescence passagère des pleurs.

b) "l'isolement" à l'intérieur de la Pouponnière est nécessaire, pour les maladies bénignes *(rhino-pharyngites, otites, pneumopathies aigues dans leur forme légère)* à cause de la promiscuité des enfants et de leur débilité, *(ce qui oblige à envoyer les "cas graves" à l'hôpital)*. Souvent, l'enfant souffre de son isolement. La réadaptation en salle commune est difficile. L'enfant isolé nécessite donc des soins particuliers : visites fréquentes de sa puéricultrice habituelle, jouets à sa portée.... La durée de l'isolement est limitée au minimum.

c) l'hospitalisation est nécessaire pour les épisodes aigus graves ou les maladies contagieuses. Dans ce cas, le lien entre la mère nourricière et l'enfant est conservé dans la mesure du possible. Celle-ci conduit souvent elle-même l'enfant à l'hôpital, va le voir à son jour de congé et va le rechercher. Le séjour hospitalier est une entrave pour le développement de l'enfant, par suite de traumatismes affectifs : changements de personne et de milieu, soins douloureux... *Exemple Sylvie B. (Observation N° 4 p. 33)*. Par contre, dans quelques observations exceptionnelles mais facilement explicables, l'hospitalisation ne retarde pas mais, au contraire, stimule l'éveil de l'enfant. *Exemple : Chantal R. (Observation N° 12 p. 39) - Gérard H. (Observation N° 22 p. 48)*. Les soins affectifs particuliers dont ont été entourés ces enfants pendant leur séjour hospitalier expliquant facilement ces phénomènes en apparence contradictoires.

Au retour de l'hospitalisation, le séjour nécessaire au lazaret replace l'enfant dans des conditions d'isolement défavorables.

Pour toutes ces raisons, l'hospitalisation est réservée aux épisodes graves et les maladies bénignes sont traitées à la Pouponnière.

3) Durée du séjour - Peut-on l'abréger ? - Critères de sortie

Devant l'évidence des inconvénients inhérents à la vie collective, surtout à partir du 2ème semestre de la vie, il convient de limiter au minimum la durée du séjour. Cette durée est variable d'un enfant à l'autre.

Quels sont les critères de sortie ?

Dans 90 % des cas environ, il s'agit de prématurés dont le poids de naissance dépasse 1.000 gr. ; de convalescents de maladies bénignes. Ces enfants ne présentent, en général, aucune difficulté particulière de croissance. Leur courbe pondérale est satisfaisante, sans régime spécial. L'appétit est régulier, la digestion est normale. Quand l'enfant atteint l'âge de 6 à 7 mois, il peut, le plus souvent et il doit, être rendu à la famille sans attendre que son poids soit exactement celui de son âge.

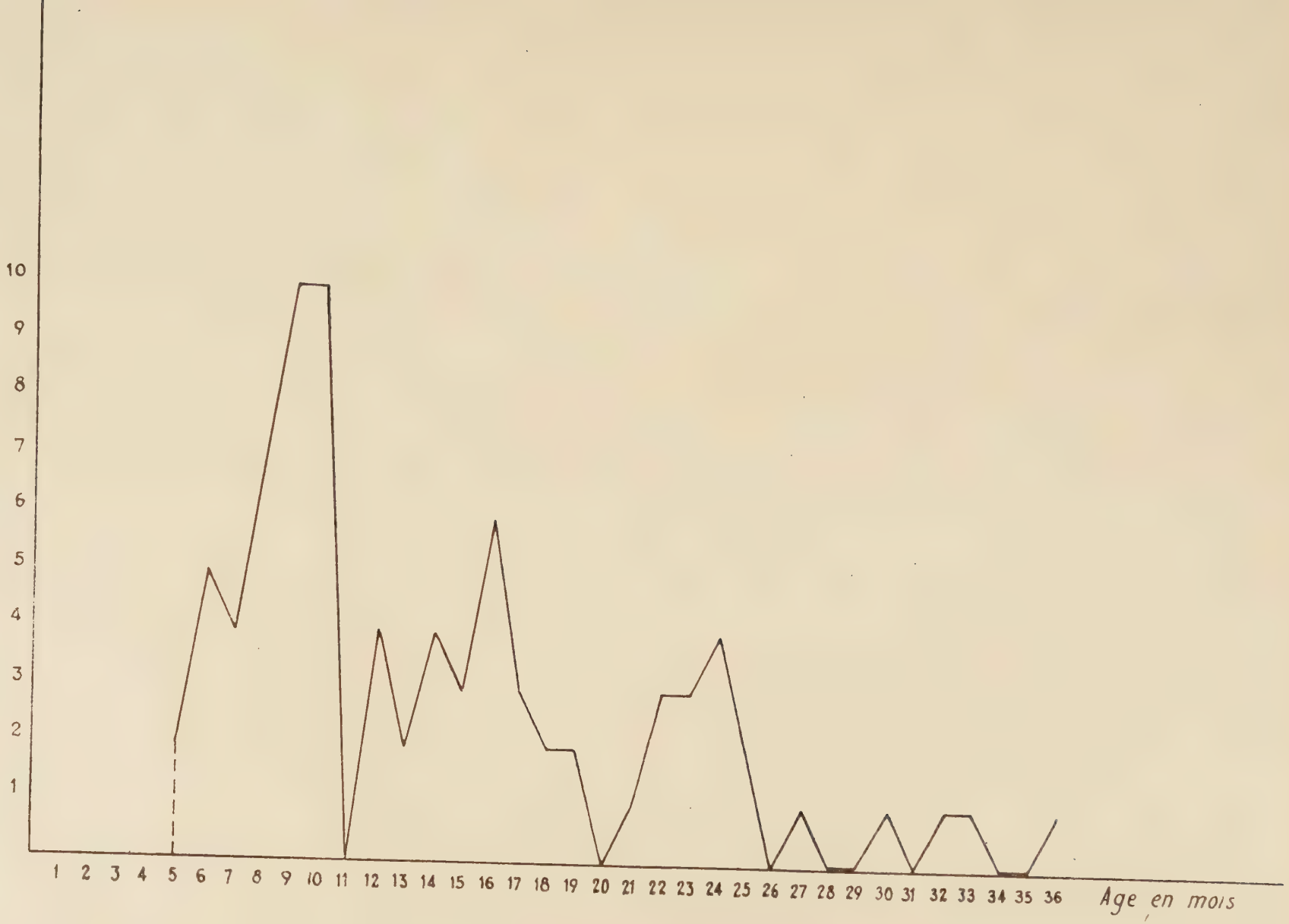
Dans les 10 % restants, il s'agit de prématurés, nés avec un poids inférieur à 1.000 gr., présentant, dans certains cas, des antécédents pathologiques *(réanimation à la naissance - hémorragie méningée etc...)* ou bien de convalescents d'affections sérieuses *(toxicoses par exemple)*. Dans ce cas, le développement physique est souvent lent et difficile. Des régimes et traitements particuliers sont essayés pour faciliter la croissance pondérale. Ces enfants sont gardés souvent longtemps *(après l'âge de 6 à 7 mois pour les prématurés venus directement de la maternité ou de l'Ecole de Puériculture)* et c'est pour eux surtout que le danger "d'hospitalisme" est à craindre.

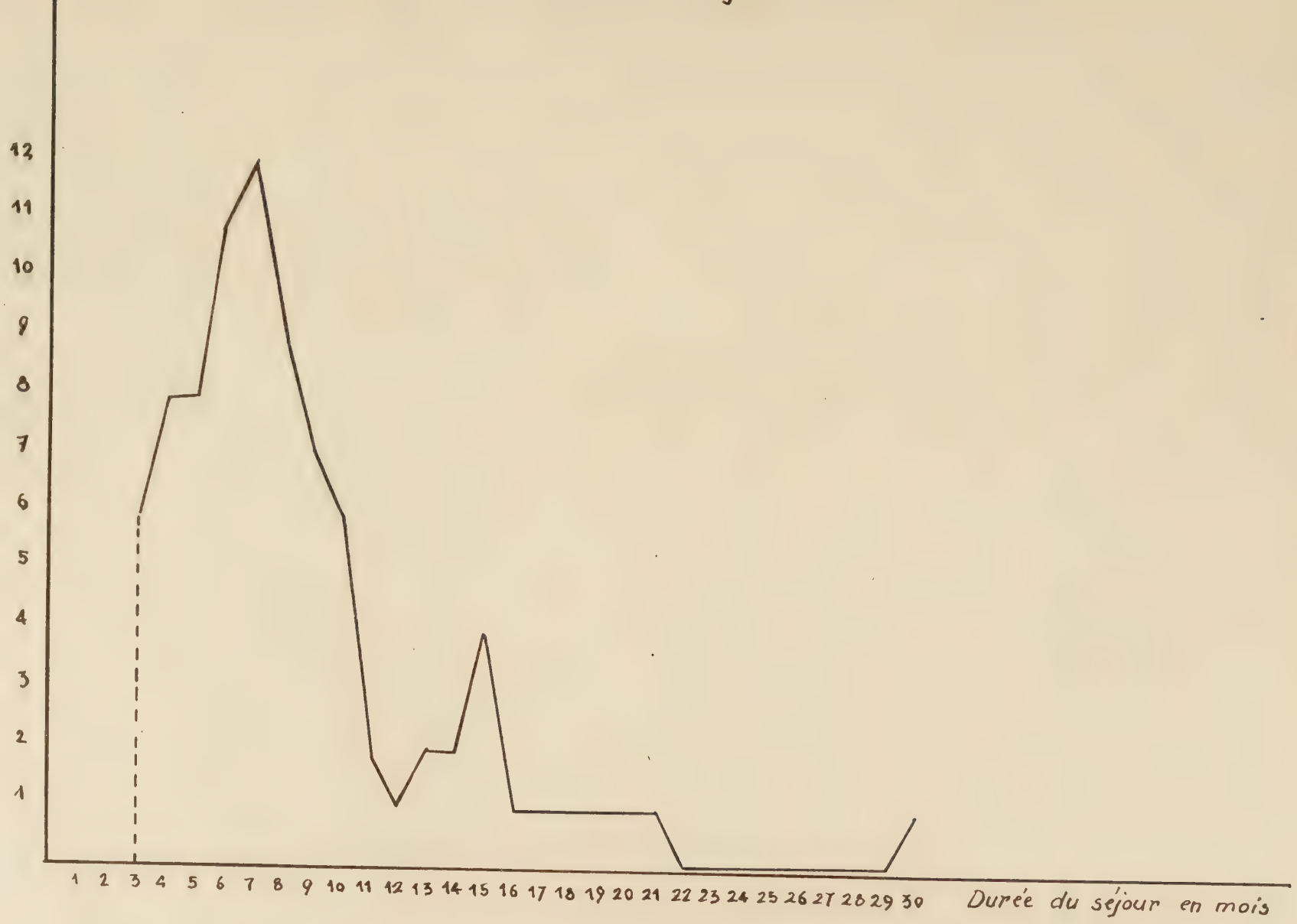
Il convient donc de rendre l'enfant dès que possible à la famille ou de le placer en nourrice. Pour cela, il faut préparer la famille à reprendre l'enfant dès que le médecin jugera son état compatible avec la vie familiale. Cette conception oblige l'équipe médico-sociale à avoir des contacts fréquents avec les parents, dès l'admission et pendant le séjour, par des entretiens répétés.

La sortie de l'enfant qui quitte la Pouponnière pour être remis à sa famille est une véritable "cérémonie". Tout le service fait "ses adieux" au "sortant" et sa puéricultrice n'échappe pas à l'émotion. La directrice a toujours un entretien avec la mère, lui donnant les conseils nécessaires pour continuer à élever son enfant et la prévenant des difficultés possibles dans l'adaptation au nouveau milieu. On donne à la mère l'adresse de la Consultation de Nourrissons la plus proche ou, le cas échéant, celle de la " Consultation de suite" qui permet de suivre les enfants après leur sortie. Il est fréquent que la mère invite la puéricultrice à venir voir l'enfant dans sa famille.

Dans la vie de l'enfant à la Pouponnière, le but à atteindre est donc de remplacer, pour un temps, par la mère nourricière, la vraie mère de l'enfant. Ce but peut être, en partie, atteint grâce à la vocation maternelle des puéricultrices et à l'organisation du service. Le rôle des conditions matérielles sera discuté dans un chapitre ultérieur *(p. 27)* mais il convient déjà ici de souligner que ce rôle est moins important que celui du climat affectif entourant l'enfant. Nombreuses sont les observations de nourrissons élevés sans dommage dans un logement défectueux, par une "mère aimante" *(cf. observations des Consultations de suite)*, grâce à la coordination des services médico-sociaux.

21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
Age en mois


10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36
Age en mois


12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
Durée du séjour en mois

III°) - ETUDE DU MILIEU SOCIO - FAMILIAL

1) Importance des renseignements psycho-sociaux concernant la famille.

Dès l'entrée de l'enfant, l'assistante sociale spécialisée de la Pouponnière se met en rapport avec l'assistante sociale du secteur pour connaître la situation familiale. Les renseignements indispensables sont :

- la composition de la famille,
- la situation conjugale,
- les ressources,
- les conditions de logement.

- l' "anamnèse" de l'enfant : les séparations éventuelles, d'avec sa mère, les hospitalisations, la qualité des soins physiques et affectifs que sa mère lui donnait.

- les conditions familiales dans lesquelles se trouvera l'enfant au moment de sa sortie de la Pouponnière. Le retour dans le milieu familial pose souvent des problèmes qui doivent être résolus sur le plan de l'hygiène mentale.

L'étude de nos observations montre, en effet, la fréquence des situations familiales difficiles :

- mère seule : 30 %
- mère veuve : 1 %
- mère décédée : 2 %
- éthylisme familial "connu" : 10 %.

En résumé, situation familiale complexe, posant un problème pour la sortie de l'enfant *(mère ou père seul, mésentente conjugale, absence de parents, par maladies ou décès, éthylisme, insalubrité du logement)* = 60 %.

La gravité des problèmes soulevés par de telles situations familiales montre l'importance d'une liaison étroite avec les parents de nos enfants. Ceci a conduit à établir un "régime médical" des visites, dans le but de préserver les liens familiaux.

2) Comment assurer le maintien des liens familiaux :

- ***les visites*** - le problème des visites est très important pour l'hygiène mentale, présente et surtout future, de l'enfant. Monsieur le Docteur LESNE et Madame le Docteur RAGU ont énoncé la formule suivante :

"le maintien des relations familiales et des liens affectifs demande que la venue des parents ne soit limitée que par l'intérêt de la santé des enfants et du fonctionnement du service et demeure constamment soumise à la décision du médecin".

Primitivement, le règlement permettait deux visites par mois, Actuellement, le système des visites tend à s'élargir de plus en plus compte tenu des deux conditions citées: "l'intérêt de la santé des enfants et du fonctionnement du service". Les parents peuvent venir voir leurs enfants trois fois par semaine. Les enfants sont vus à travers une vitre.

Des essais sont faits, en outre, pour mettre les enfants dans les bras des parents, dans quelques cas d'indication médicale : ces *"visites exceptionnelles"* sont, en effet demandées par le médecin.

A) Cette modification d'un règlement autrefois fondamental présente des ***avantages*** certains et des ***inconvénients*** éventuels.

a) Les avantages sont certains pour la santé mentale : l'enfant continue à voir le visage maternel qu'il connaît déjà ou bien s'habitue à ce visage. La mère apprend à connaître son enfant, à l'aimer, à le désirer. Au moment où la sortie de l'enfant est décidée, la mère le reprend plus facilement car elle est attachée davantage à son enfant. L'adaptation au milieu familial est plus aisée.

b) Les inconvénients éventuels sont à discuter :

- le risque de contamination extérieure peut être éliminé par certaines précautions dont il sera parlé plus loin. De plus, ces visites ne sont accordées que pour les enfants ayant dépassé l'âge de 6 mois. Avant cet âge, les dangers de carence affective sont différents et la fragilité plus grande de ces enfants demande une grande prudence:

- Ces visites peuvent apporter quelques perturbations dans la marche de l'établissement. Elles augmentent en pratique le travail des puéricultrices qui mettent un point d'honneur à présenter aux parents un enfant "impeccable", donc "irréel". Cet inconvénient peut être diminué en choisissant le jour et l'heure des visites et en conseillant aux puéricultrices de donner l'enfant dans l'état où il se trouve au moment de la visite. De plus, la mère peut venir à une heure de repas et apprendre à alimenter son enfant.

B) Les indications de "visites exceptionnelles" sont d'ordre médico-social :

a) suivant *l'âge*

- très rarement avant l'âge de 6 mois. Avant cet âge, une indication particulière est la suivante Lorsqu'il s'agit d'une mère seule que les circonstances éloignent de son enfant, celui-ci peut lui être donné : cette présentation de l'enfant peut aider dans les décisions concernant les modalités ultérieures de la vie de l'enfant *(retour avec la mère - mise en nourrice - adoption...)*. Cette indication peut rendre de grands services, étant donné qu'il y a des prématurés qui n'ont jamais été mis dans les bras de la mère *(passage de la Maternité à l'Ecole de Puériculture, puis à la Pouponnière... ou arrivée directe de la Maternité à la Pouponnière)*. Certains enfants, de poids très minime, n'ont même pas été montrés à la naissance à cause de leur vie précaire, afin d'éviter l'attachement et le chagrin de la mère.

- Les indications les plus fréquentes de "visites exceptionnelles " sont après l'âge de 6 mois. Après l'entrée, lorsqu'il s'agit d'un grand enfant, ces visites sont permises dans le but de diminuer l'angoisse de la séparation. Avant le moment de la sortie, il est souhaitable que la mère ait pu déjà prendre son enfant dans les bras pour faciliter la réadaptation dans la famille.

b) suivant la ***durée du séjour***, l'importance de ces visites est d'autant plus grande que la durée prévue du séjour est plus longue. L'enfant souffre moins ainsi de la carence maternelle. Mais l'expérience montre, dans certains cas, un inconvénient de ces visites : quelques parents acceptent, grâce à elles, de voir se prolonger le séjour de l'enfant. De tels parents sont "attachés" mais peu désireux de s'occuper eux-mêmes de l'enfant *(craignant de ne pas être capables de donner les soins compétents)*. Cet inconvénient peut être diminué par l'information des parents sur la primauté de la vie familiale dans les facteurs de développement.

Les puéricultrices, elles-mêmes informées des notions élémentaires d'hygiène mentale, peuvent expliquer aux parents le retard du développement psychique en rapport avec la vie en collectivité : pour les plus grands, par exemple, retard dans le langage et le contrôle sphinctérien.

c) Suivant les ***réactions affectives de la mère***, une mère paraissant peu attachée à son enfant, pourra s'attacher à lui par ce moyen. Au contraire, une mère très instinctive supporte mal de voir son enfant à travers une vitre et risque de le reprendre pour cette raison. Elle acceptera mieux de le laisser à la Pouponnière si on lui accorde ces visites dites "exceptionnelles" en réalité indispensables à l'équilibre de l'enfant et de la mère.

En conclusion, ces visites ont lieu sur indication médicale, dans le but de resserrer les liens familiaux. Deux catégories de personnes bénéficient de ces visites : ceux qui avaient l'enfant "dans les bras" avant l'entrée, ceux qui l'auront après la sortie. Ceci souligne encore la nécessité de connaître la situation familiale de l'enfant et la solution des éventuels problèmes posés par sa sortie.

C) Modalités des "visites exceptionnelles"

Ces visites ont lieu dans une pièce spéciale à l'écart des autres enfants. Les parents revêtent une blouse et se lavent les mains avant de prendre l'enfant. Le masque n'est pas utilisé car une infection rhino-pharyngée contre-indique la visite. Les visites peuvent être suspendues pendant une épidémie extérieure *(grippe par exemple)*.

Ces visites sont pratiquemment réalisées depuis deux ans environ à la Pouponnière Leur fréquence augmente de plus en plus, l'équipe médicale ayant observé leur valeur pour le maintien des liens familiaux. Ainsi est maintenue, en particulier, la relation mère-enfant.

Le Conseil d'Administration de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale souhaite lui-même que toute facilité soit donnée aux assurés sociaux pour rester en contact avec leur enfant pendant le séjour à la Pouponnière.

3) Problèmes posés par la réintégration de l'enfant dans le milieu familial.

La préparation de la sortie se fait dès l'admission par les contacts fréquents avec la famille et grâce à la coordination avec les services sociaux ayant la charge de l'enfant.

Les différentes éventualités sont les suivantes :

- l'enfant est repris par la mère. Tous les efforts de l'équipe médico-sociale sont orientés vers ce but. Si la mère travaille, elle peut reprendre son enfant, en le faisant garder dans la journée *(crèche ou garde d'enfants)*. Ainsi le contact entre l'enfant et la mère est conservé et les liens affectifs normaux se développent.

- la mise en nourrice est parfois nécessaire, si la mère ne peut s'occuper de son enfant le soir *(gens de maison par exemple)* ou si le retour dans la famille est impossible à cause de très mauvaises conditions de logement *(insuffisant, insalubre)*. La nourrice devra être choisie de préférence près du domicile maternel pour que l'enfant puisse être fréquemment visité. Les nourrices sont cherchées par la famille ou par l'intermédiaire d'un des organismes suivants :

  - Nouvelle Etoile des Enfants de France
  - Oeuvre Générale de l'Enfance *(pour enfants âgés de plus de deux ans)*.
  - Assistance Publique, pour les mères "effectivement" seules pour élever l'enfant.

  (les ressources maternelles ne doivent dépasser 300 à 350 N.F. pour enfants âgés de moins de 18 mois).

- Placement familial des tout petits pour les parents tuberculeux,
- Caisse d'Allocations Familiales pour les familles normalement constituées dont la situation difficile n'est que temporaire.

Parmi les cent enfants étudiés, 9 ont été placés en nourrice en sortant de la Pouponnière - 7 nourrices ont été trouvées par la famille *(dont 2 par l'intermédiaire de la Nouvelle Etoile du département de la Somme)* - 2 nourrices ont été trouvées par l'assistante sociale de la Pouponnière *(1 par la Nouvelle Etoile, l'autre par le placement familial des Tout Petits)*. En outre, un placement nourricier a été fait par notre assistante sociale pour une enfant qui, après la sortie de la Pouponnière, avait été envoyée dans un centre héliomarin.

- le départ de l'enfant dans une autre collectivité est évité dans la mesure du possible mais certains enfants sont placés à nouveau par leurs parents dans un établissement quelque temps après la sortie de la Pouponnière. A ce moment, l'enfant peut, en effet, présenter des troubles, mis sur le compte d'un état physique encore précaire alors qu'il s'agit souvent, en fait, des troubles de l'adaptation au nouveau milieu.

Ceci est une des raisons qui a poussé l'équipe médico-sociale à revoir l'enfant après la sortie. L'aide, qui a été nécessaire pour obtenir l'équilibre des conditions familiales, le demeure parfois pendant quelque temps encore pour assurer leur stabilité et, en particulier, pour aider la famille à faire face aux difficultés causées par la présence de l'enfant revenu au foyer *(cf. chapitre suivant)*.

- la déchéance, qui ne sera que citée ici, est une éventualité redoutable pour l'avenir de l'enfant qu'on s'efforce au maximum d'éviter. En effet, des cas apparemment peu encourageants d'emblée, peuvent évoluer favorablement sous l'influence d'une action médico-sociale prolongée.

Un exemple est celui d'une mère célibataire qui avait manifesté l'intention d'abandonner son enfant *(Jean-Louis C. observation n° 10 p. 38)*. Après une longue et difficile action médico-sociale, l'enfant a été rendu à sa mère qui a trouvé auprès de sa famille un appui qui, jusque-là, lui était refusé.

Il est donc souvent possible, grâce aux efforts de l'équipe médico-sociale, de conserver des liens familiaux, même lorsque les apparences sont peu favorables, lors des premiers contacts avec l'entourage de l'enfant.

La proportion des différentes éventualités possibles au moment de la sortie de l'enfant sera donnée dans le chapitre suivant.

IV°) - CE QUE DEVIENNENT LES ENFANTS APRES LEUR SORTIE DE LA POUPONNIERE

CONSULTATION DE SUITE

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la sortie de l'enfant est préparée dès le début du séjour afin que celle-ci se fasse dans les meilleures conditions possibles. Un résumé de l'observation est envoyé, d'une part, aux parents, d'autre part, au médecin conseil de la Sécurité Sociale.

A) - 80 % environ des enfants sont ***repris par leur famille.*** Au moment du retour dans le milieu familial, des réactions de la part de l'enfant sont possibles et les parents en sont avertis au moment où l'enfant leur est rendu : celui-ci peut être irritable, "grognon", anorexique pendant quelques jours. On évite aussi la déception et même l'irritation de la mère dont la douceur et la tendresse risquent de demeurer en échec. Parfois, il suffit qu'elle s'habille en infirmière pour que les réactions d'angoisse de l'enfant disparaissent rapidement.

Cependant, si bien préparé que puisse être l'entourage de l'enfant, la présence nouvelle de celui-ci au foyer apporte des difficultés qui peuvent dérouter ou inquiéter la mère. Aux inquiétudes concernant le développement de l'enfant viennent s'ajouter les obstacles socio-économiques et psycho-affectifs que l'équipe médico-sociale s'est efforcée de réduire mais n'a pas toujours réussi à écarter définitivement. Aussi, les conditions matérielles et morales de la vie familiale demeurent précaires. La mère éprouve le besoin que l'appui qui lui a permis de reprendre l'enfant se poursuivre, aussi bien sur le plan des soins à donner à l'enfant, que sur le plan de l'aide socio-familiale. La constatation de telles situations est fréquente. Elles risquent d'avoir pour conséquence un nouveau placement de l'enfant *(hôpital - pouponnière - nourrice hâtivement choisie...)*. C'est ainsi que l'équipe médico-sociale a été amenée à envisager l'organisation d'une consultation dite "de suite". Celle-ci a pour but, le cas échéant, de continuer à apporter, à la famille, l'appui médical et social que nécessite l'état de l'enfant et de la famille. La liaison doit, en outre, s'établir entre les différents services de protection de l'enfance, auxquels peuvent être transmis les éléments du dossier constitué durant le séjour et après la sortie, de façon à éviter le danger d'un hiatus dans le soutien apporté à la famille et dans la surveillance de l'enfant.

Les services médico-sociaux de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale, en la personne de Madame le Docteur LAFAY-COLETSOS, ont mis au point une Consultation de suite, permettant de suivre les enfants après leur sortie des différents établissements appartenant à la Caisse Primaire Centrale. Pour la Pouponnière de MONTREUIL, cette consultation a lieu dans un dispensaire de la Sécurité Sociale, une fois par mois. Monsieur le Docteur LESNE, assisté de Monsieur le Docteur BARBET, médecin de la Pouponnière, examine les enfants du point de vue somatique. Madame le Docteur RAGU surveille le développement mental et étudie les troubles psychologiques éventuels causés par l'adaptation au milieu familial. La présence de l'assistante sociale permet d'assurer l'application des conseils donnés.

La consultation de suite permet souvent de mettre en évidence l'effet rapidement favorable de la vie familiale sur le développement de l'enfant. *Exemple : J. Louis C.(Observation N° 10 p. 38).*

Ce grand prématuré, atteint de maladie de Little, présentant pendant le séjour à la Pouponnière un retard psychomoteur important, est transformé après 3 mois de vie familiale (avec sa mère...célibataire).

B) - Plus rarement *(10 %)* environ ***des enfants ne peuvent pas être rendu à la famille*** et une solution devra être trouvée, comme il a déjà été dit. Dans ces cas, les liens familiaux seront conservés dans la mesure du possible *(nourrice près de la mère, garde de l'enfant par une parente de la mère, etc...).*

Bien souvent alors, l'enfant ne peut pas être suivi après le départ de la Pouponnière sauf dans quelques cas particuliers où l'enfant est visité par son ancienne puéricultrice. *Exemple Josette A (Observation N° 15 p. 42).*

C) - Le transfert au "dépôt" de l'Assistance Publique est évité le plus souvent possible par l'action de l'Assistante Sociale. Cependant, cette solution est inévitable dans quelques cas *(parents déchus ou enfants abandonnés).* Sur les cent enfants étudiés dans ce travail, 6 ont dû être conduits au Dépôt. 3 après déchéance et 3 après abandon . L'observation détaillée de 3 de ces enfants figure ci-après :

Simon S - observation N° 9 p. 37
Christian C. - observation N° 16 p. 43
Louis G. - observation N° 26 p. 51

Certes, pour ces enfants, un placement en nourrice est fait par le Dépôt mais il serait préférable que ce placement nourricier puisse être décidé dès la sortie de la Pouponnière ; l'enfant trouverait ainsi, d'emblée, un milieu stable en évitant l'hôpital.

D) - Le départ dans une autre collectivité d'enfants est rare :1 seul cas dans nos cent observations ; celui d'une enfant très rachitique que l'équipe médicale a envoyé dans un centre hélio-marin.

E) - Rarement, ***les enfants sont repris par leurs parents après un séjour hospitalier :*** 3 enfants sur nos cent observations :

En résumé :

EVENTUALITES POSSIBLES AU MOMENT DE LA SORTIE	NOMBRE D'ENFANTS
Famille	81
Nourrice	9
Dépôt	6
Autre collectivité	1
Hôpital	3

Le but est donc de préparer la sortie de l'enfant dès l'entrée de celui-ci à la Pouponnière afin de réduire au minimum les troubles émotionnels dus aux changements successifs de milieu.

3ème Partie

REFLEXIONS SUR QUELQUES INCIDENCES PRATIQUES

I - INFORMATION DES PUERICULTRICES SUR LES PROBLEMES D'HYGIENE MENTALE DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Les troubles émotionnels ont une telle importance pour le développement physique et psychique qu'il y a intérêt à ce qu'ils soient connus de tous ceux qui ont la charge de nourrissons, spécialement les puéricultrices. Il serait souhaitable que l'enseignement de l'hygiène mentale soit donné aux futures puéricultrices pendant leurs années de stage. A la pouponnière de MONTREUIL, cet enseignement se fait actuellement par des entretiens individuels, au sujet d'un enfant en particulier, et des entretiens collectifs, dans le but de familiariser les puéricultrices avec ces problèmes, dont la compréhension est toujours facilitée par une vocation maternelle envers les tout petits.

II - AMENAGEMENTS EN COURS A LA POUPONNIERE DE MONTREUIL

A) Les conditions matérielles aident, de façon indirecte, au développement de l'enfant :

a) Les bâtiments sont lumineux et aérés, grâce à de grandes baies vitrées et à des murs de couleurs claires. Deux salles de jeux ont été créées pour les plus grands enfants : ceux-ci peuvent y jouer lorsque la température extérieure ne permet pas de mettre les enfants dehors, et le nettoyage ainsi que l'aération des dortoirs sont ainsi facilités. Dans le jardin a été aménagé un bac à sable. La pelouse actuelle doit être encadrée réalisant ainsi un parc collectif où les enfants peuvent s'ébattre; et où la surveillance est facile. De plus, le jardin vient d'être agrandi; une partie est réservée aux enfants, l'autre au personnel.

b) Le mobilier est approprié aux besoins des enfants; berceaux leur permettant de voir tout ce qui les entoure, chaises pour leur apprendre à se tenir assis, hamacs pour les cures dans le jardin, parcs, trotte-bébé pour les plus grands.

c) Les jouets ont aussi une grande importance pour le développement de l'enfant. Ils sont solides, lavables, de couleur vive et adaptés à chaque âge. Les jouets indispensables sont : pour les plus petits : hochets, bouliers, jouets en caoutchouc; pour les plus grands : seaux, pelles, balles, poupées, objets à traîner, etc...
La pouponnière vient de faire l'acquisition de jouets éducatifs pour occuper les grands enfants.

B) Les conditions de travail auprès des enfants :

Le développement harmonieux de l'enfant demande un bon équilibre psychique de la mère. Pour les nourrissons élevés en collectivité, l'hygiène mentale de la Pouponnière ne peut négliger les conditions de travail des puéricultrices. Ce problème très vaste ne peut être qu'évoqué ici, mais il convient de souligner son grand intérêt.

a) Le facteur numérique :

Au congrès de Bruxelles de Juillet 1958, le rapport de la commission étudiant les besoins des tout petits séparés de leur mère, conclut à la proportion de :

- une puéricultrice qualifiée pour quatre enfants.

Actuellement, à la Pouponnière de MONTREUIL, il y a 16 puéricultrices diplômées pour 53 enfants ce qui fait une moyenne de une puéricultrice pour 3 enfants, la proportion variant suivant les services et l'âge des enfants. En pratique, par suite des congés, des services de garde et de veille, l'effectif est actuellement de 4 à 5 enfants par puéricultrice.

Il est souhaitable d'avoir :

- un certain nombre de "volantes" également qualifiées qui assureraient la constance de ce nombre : "une personne pour quatre enfants", le nombre de ces volantes étant établi en tenant compte des congés hebdomadaires, annuels, de maladie *(ces "volantes" pourraient être communes à plusieurs établissements de la Caisse Primaire Centrale).*

- un personnel attaché à la biberonnerie.

- un personnel de veille autonome.

Ces dispositions seraient prises pour éviter autant que possible l'insuffisance du personnel et le roulement nécessité par le système actuel, entraînant le changement de mains des enfants. Ces modifications apportées au nombre du personnel qualifié permettraient ainsi de donner aux enfants les soins nécessaires et la tendresse indispensable qui assure l'atmosphère de calme où l'enfant trouve sa sécurité.

*b) **Le travail d'équipe** :*

Si bien organisé que soit l'horaire actuel, les occupations quotidiennes ne laissent pas de répit aux puéricultrices, entre les soins d'hygiène, l'application des thérapeutiques prescrites par le médecin et l'alimentation qui demande une véritable technique, tant de précautions et de patience. La moindre négligence des conditions requises peut troubler l'alimentation de l'enfant, c'est dire quelle importance peut avoir le changement de mains, en particulier à l'heure des repas.

L'observation de ce travail astreignant des puéricultrices montre que celui-ci est essentiellement un travail d'équipe.

- entre les puéricultrices qui travaillent dans un but commun : donner aux enfants le maximum de soins physiques et affectifs dont ils ont besoin.

- entre les puéricultrices, la Directrice et les médecins attachés à la Pouponnière, dans une collaboration étroite, indispensable au bon fonctionnement de l'établissement.

- avec l'Assistante sociale : celle-ci situe l'enfant dans son milieu avant son entrée et aide à maintenir les liens familiaux. Durant le séjour, au moment où la sortie de l'enfant est décidée par l'équipe médicale, l'Assistante sociale assure la réintégration familiale si possible. La situation de la famille et ses sentiments à l'égard de l'enfant sont souvent exposés aux puéricultrices au moment des visites faites par les parents aux enfants. Aussi, paraît-il justifié que les puéricultrices soient informées des conditions de la vie familiale dans la mesure où celles-ci vont avoir une influence sur la reprise habituelle par la famille. La synthèse des informations ainsi recueillies à chaque occasion de contact avec la famille dans l'intérêt de l'enfant comporte évidemment la participation de toute l'équipe à la notion du secret médical dû aux familles.

Dans ce travail d'équipe, il est à remarquer en outre, que certains enfants privés de visites se trouvent pourvus par les puéricultrices d'une tendresse compensatrice de l'ordre le plus spontané.

III - CRITERES D'ADMISSION - ELARGISSEMENT DES SOINS A DOMICILE DUREE DE SEJOUR

Un autre aspect de l'hygiène mentale des Pouponnières pour enfants débiles réside dans l'indication de la durée du séjour.

Les critères d'admission se confondent avec l'élargissement des soins à domicile. Ces perspectives sont subordonnées aux conditions d'habitat et à la diffusion des notions de puériculture. De toute façon, en raison de la spécificité des soins donnés à la Pouponnière, ceux-ci sont réservés aux enfants dont l'état de santé exige des soins particuliers. Cette destination de la Pouponnière contre indique l'admission d'enfants pour la seule raison que ceux-ci sont momentanément privés des soins de leur mère *(mère absente du foyer pour maladie, accouchement... par exemple, ou mère ayant quitté le domicile conjugal)*. Ces cas se situent dans le vaste domaine des relations entre les services médico-sociaux, les familles et les organismes de protection de l'enfance. Ils posent les mêmes problèmes que ceux qui se présentent pour les enfants guéris au moment où ils sortent de la Pouponnière.

En outre, étant donné les inconvénients de la vie en collectivité pour le nourrisson, il est indispensable que le séjour de l'enfant ne se prolonge pas au delà du délai où le séjour lui est profitable. La sortie est souhaitable au moment où l'enfant ne nécessite plus de soins spéciaux ne pouvant être donnés que dans le cadre d'un établissement de cure.

D'une façon générale, le placement, par suite de difficultés familiales doit être évité chaque fois que cela est possible. Le Docteur HUBER, dans une communication faite à l'Académie de Médecine en Juillet 1954, insiste sur l'aide aux familles, dans le but d'éviter l'envoi temporaire des enfants à "l'abri" Saint Vincent de Paul :

- secours aux parents ou voisins recueillant l'enfant,
- attribution d'aide familiale,
- paiement des voyages des enfants vers des parents ou grands parents et réciproquement.

Dans cette communication sont proposées d'autres mesures dans le but de diminuer les occasions de séparation de la mère et de l'enfant :

- créations d'hôtels maternels,
- hospitalisation de la mère avec l'enfant.

Dans le cas de la Pouponnière pour enfants débiles, l'admission doit être utile pour l'enfant et le séjour est limité au minimum, ce minimum utile étant variable suivant l'état physique et psychologique. Chaque enfant est un cas particulier qui est étudié sur le plan somatique, psychique et social.

L'expérience montre qu'il est préférable de se préoccuper très tôt, si possible dès l'admission, des conditions familiales dans lesquelles se trouvera l'enfant lors de sa sortie.

IV - RAPPORT DE LA POUPONNIERE AVEC LES DIFFERENTS ORGANISMES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Comme nous y avons insisté au cours de ce travail, l'enfant ne peut pas être séparé de son milieu.

Il convient de connaître en détail la situation familiale, les antécédents personnels et familiaux, pour mieux comprendre les réactions de l'enfant et rattacher à leur véritable cause son état physique et mental.

Les différents renseignements médico-sociaux, seront utilisés au moment de la sortie et de la réintégration au foyer familial.

Les rapports de l'assistante sociale attachée à la Pouponnière avec les différents services et la famille demandent, outre les démarches, un important courrier, et surtout une permanence qui assure la possibilité de contact avec les parents et les assistantes sociales lorsque celles-ci peuvent venir à la Pouponnière. Souvent des entretiens téléphoniques abrègent ces formalités toujours très longues.

V - RAPPORTS AVEC LES FAMILLES

A la Pouponnière de MONTREUIL, la famille a cessé d'être une inconnue et sa visite n'est plus redoutée. Au contraire, la Pouponnière l'accueille volontiers. La Directrice, l'Assistante sociale, comme le Médecin, ont des entretiens aussi fréquents que possible avec les parents, la mère surtout. Ces entretiens réalisent une information réciproque, et aident dans tous les cas à conserver, resserrer ou recréer les liens familiaux autour de l'enfant.

4ème Partie

OBSERVATIONS

Cent observations ont servi de base à ce travail - celles des enfants présents à la Pouponnière en Janvier 1957 et des enfants entrés de cette date à Novembre 1957, ceci pour éviter un choix forcément arbitraire et essayer d'exposer une vue d'ensemble du fonctionnement de l'Etablissement durant un laps de temps déterminé. Parmi ces cent observations, trente ont fait l'objet d'un compte-rendu qui figure ci-après.

La classification est celle adoptée page 5, basée sur l'origine des enfants adressés à la Pouponnière :

- Centre de prématurité
  - Ecole de Puériculture
  - Service de Maternité ou Clinique d'accouchements
- Milieu familial *(famille ou nourrice)*
- Service hospitalier

I - CENTRES DE PREMATURITE

A - Ecole de Puériculture

Observation n°1 *Anita L. - Première née de triplées*

a) Situation familiale

Parents attachés à leurs enfants - 3 autres enfants en dehors des triplées, 1 enfant plus âgé et 2 jumeaux plus jeunes que les triplées, tous en bonne santé.

b) Antécédents

Grossesse triple sans incidents. Accouchement normal. Placenta unique - Anita est née le 24.5.57 au poids de 2.300 g. Etat satisfaisant à la naissance : premier cri et premier mouvement respiratoire aussitôt après l'expulsion, téguments non cyanosés, présentant seulement la coloration rouge habituelle chez les prématurés. Comme ses deux soeurs, Anita est restée à l'Ecole de Puériculture jusqu'à l'entrée à la Pouponnière - pendant le séjour à l'Ecole, aucun incident, pas de troubles de la succion.

c) Etat à l'entrée

Anita est admise à la Pouponnière le 2.7.57 en raison de son hypotrophie. A un mois, 3.460 g - 51 cm ½. Pas de troubles neurologiques grossiers, en dehors de l'hypertonie fréquente chez les prématurés avec hyperréflectivité tendineuse. Les réflexes archaïques sont présents *(réflexe de Moro, réflexe de préhension, réflexe de soutien et de marche)*.

d) Evolution

Comme ses soeurs, Anita a été confiée à une puéricultrice *(la même pour les trois enfants)* et a été visitée régulièrement par la mère - le développement psychomoteur a été très satisfaisant pendant le séjour. A 2 mois : niveau de 2 mois *(il s'agit du niveau de développement psychomoteur apprécié par le test de Gesell cf. p. 10$_1$)*. A 9 mois : niveau de 7 mois. Anita est moins éveillée et moins souriante que ses soeurs. Elle quitte la Pouponnière le 27.2.58 en excellent état. 9 mois, 8.400 g. Elle est rendue à ses parents en même temps que ses soeurs.

Observation n° 2 *Annie L. - Deuxième née de triplées*

a) Situation familiale

Cf. observation n° 1.

b) Antécédents

Poids de naissance : 1.900 g - état satisfaisant à la naissance. Pendant le séjour à l'Ecole de Puériculture : ictère physiologique.

c) Etat à l'entrée

Annie est admise à la Pouponnière le 2.7.57 en raison de son hypotrophie, à un mois, 2.760 g - 48 cm. Pas de troubles neurologiques évidents.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est satisfaisant. A 2 mois : niveau de 1 mois. A 9 mois : niveau de 7 à 8 mois. Annie est particulièrement gaie. Elle quitte la Pouponnière le 27.2.58, rendue à ses parents en excellent état : à 9 mois : 7.660 g.

Observation n° 3 *Patricia L. - Troisième née de triplées*

a) Situation familiale

Cf. observation n° 1.

b) Antécédents

Née au poids de 1.850 g. état satisfaisant à la naissance. Comme sa soeur, Annie, Praticia a présenté un ictère physiologique pendant le séjour à l'Ecole de Puériculture.

c) Etat à l'entrée

Patricia est admise à la Pouponnière le 2.7.57 en raison de son hypotrophie : à 1 mois, 2.670 g - 46 cm. Pas de troubles neurologiques nets.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est satisfaisant. A 2 mois : niveau de 1 mois - A 9 mois : niveau de 7 à 8 mois. Patricia est très éveillée et très souriante. Elle quitte la Pouponnière le 27.2.58, rendue à ses parents en excellent état : à 9 mois : 7.640 g.

Pendant le séjour à la Pouponnière, ces triplées ont été confiées à une puéricultrice particulière, la même pour les trois enfants, selon la technique que l'on s'efforce de respecter. Ce substitut maternel trouvait d'ailleurs facilement des aides parmi ses collègues en raison de l'attrait exercé par ces "triplettes" qui présentaient assez de différence pour que leur personnalité soit déjà reconnue et que chaque puéricultrice s'essaie à les distinguer en même temps qu'à les cajoler. Sans doute pouvons-nous voir là une des raisons pour lesquelles le développement de ces enfants ne semble pas avoir été modifié par leurs conditions de naissance ni par leur séjour prolongé en collectivité. En outre, ces triplées ont été visitées régulièrement par leur mère. Les nouvelles ultérieurement reçues ont confirmé la bonne adaptation après le retour dans le milieu familial.

Observation n° 4 *Sylvie B. -*

a) Situation familiale

Mère décédée de tuberculose pulmonaire quelques mois après la naissance de Sylvie. 1 autre enfant hypotrophique. Père très attaché à ses enfants. Il a élevé lui-même le premier

b) Antécédents

Tuberculose pulmonaire bilatérale de la mère pendant la grossesse. Sylvie est née le 10.4.56 au poids de 1.600 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Elle a été conduite à l'Ecole de Puériculture aussitôt après l'accouchement et y restée jusqu'à l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Sylvie est admise à la Pouponnière en raison de son hypotrophie le 16.7.56 : à 3 mois, 3.220 g. 51 cm. Pas de troubles neurologiques évidents. Enfant de comportement satisfaisant.

d) Evolution

Sylvie a fait un long séjour de 20 mois à cause de son hypotrophie importante, de son appétit médiocre et de sa croissance pondérale difficile. Elle a dû être hospitalisée de 8 à 10 mois pour mastoïdectomie bilatérale. Avant l'hospitalisation, le niveau psychomoteur est subnormal *(retard inférieur à 2 mois)*. Sylvie est alors peu éveillée, craintive, mais souriante avec les personnes qu'elle connaît bien. Pendant l'hospitalisation, le comportement de l'enfant l'a fait considérer comme encéphalopathe. En effet, au retour de l'hôpital, Sylvie présente des troubles graves du comportement : aucun intérêt ni pour les personnes, ni pour les objets, langue sortant souvent hors de la bouche, pas de fixation du regard, aucun sourire, pas de gazouillis mais des grognements incessants. Le retard psychomoteur est important : à 10 mois, niveau de 5 à 6 mois. Le diagnostic de régression psychique liée à des troubles émotionnels est porté. Sylvie est alors confiée à une puéricultrice particulière. Elle retrouve peu à peu un comportement plus adapté, s'intéresse de nouveau aux personnes, mais s'intéresse peu aux autres enfants et aux jouets. Elle reste craintive et manifeste de grands besoins affectifs.

Sylvie quitte la Pouponnière le 27.3.58 avec une hypotrophie encore très importante – à 23 mois, 7.700 g – et un retard psychomoteur notable – à 23 mois, niveau de 13 à 15 mois –, mais Sylvie est gaie, éveillée, très affectueuse *(particulièrement attachée à sa puéricultrice)*. Elle est conduite par son père chez une nourrice où elle continue à faire des progrès rapides.

Cette enfant a présenté une régression du développement psychomoteur avec troubles du comportement après une intervention douloureuse *(mastoïdectomie)* au cours d'une hospitalisation. L'évolution a montré l'origine psychogène de ces troubles, permettant de redresser le diagnostic d'encéphalopathie soulevé pendant le séjour à l'hôpital.

Observation n° 5 *Georgette C. (jumelle)*

a) Situation familiale

Mère débile mentale – troubles psychotiques au cours d'une précédente grossesse. Logement insuffisant – 4 autres enfants dont 3 sont placés en nourrice par l'Assistance Publique et un est entré à la Pouponnière 2 mois avant Georgette, Roger, jumeau de celle-ci, dont l'observation suit.

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline sans incidents. Georgette est née le 14.11.56 au poids de 1.450 g. Accouchement normal – Etat satisfaisant à la naissance. Conduite à l'Ecole de Puériculture, elle y est restée jusqu'à l'entrée à la Pouponnière – à 3 mois elle a présenté un ictère de cause inconnue.

c) Etat à l'entrée

Georgette est admise à la Pouponnière en raison de son hypotrophie, le 5.5.57 à 5 mois; 5.400 g - pas de troubles neurologiques grossiers. Le comportement est satisfaisant dans l'ensemble.

d) Evolution

Le développement psychomoteur subit un ralentissement pendant le séjour. A 7 mois: motricité 6 mois - préhension 5 mois - affectivité 5 mois. A 12 mois : motricité 8 mois - préhension 9 mois - affectivité 8 mois. Georgette est cependant une enfant gaie et éveillée, mais dont les exigences affectives n'étaient pas comblées. Elle quitte la Pouponnière le 16.12.57 dans un état satisfaisant, rendue à ses parents avec le jumeau, à 13 mois 8.300g.

Observation n° 6 *Roger C. (jumeau)*

a) Situation de famille

Cf. observation n° 5.

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline sans incidents. Roger est né le 14.11.56 au poids de 1.480 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Il a été conduit dès la naissance à l'Ecole de Puériculture. Pendant le séjour sont signalés : un melaena de cause inconnue, des hernies inguinale et ombilicale. Il est resté à l'Ecole de Puériculture jusqu'à l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Roger est admis à la Pouponnière le 9.3.57 en raison de son hypotrophie : à 4 mois, 3.830 g - 54 cm. On note dès l'entrée des troubles neurologiques : hypertonie, hyperréflectivité tendineuse et un retard psychomoteur important. A 4 mois : motricité 1 mois - affectivité ? *(enfant ne présentant aucune réaction au milieu environnant).*

d) Evolution

L'enfant a présenté, au début du séjour, quelques mouvements convulsifs assez discrets, mais répétés, sans fièvre. Il a dû subir trois hospitalisations :
- du 11 au 22.5.57 pour pneumopathie aigüe,
- du 19.8 au 25.9.57 pour étranglement herniaire *(intervention),*
- du 30.9 au 19.11.57 pour coqueluche contractée pendant le deuxième séjour hospitalier.

Son développement physique est très lent :
2ème entrée : 6 mois ½ - 5.380 g. - 57 cm ½
3ème entrée : 10 mois - 6.500 g.
4ème entrée : 12 mois - 6.510 g. - 66 cm ½ - 0 dent.

Le développement psychomoteur est aussi perturbé. A 9 mois *(après la 1ère hospitalisation)* : motricité 5 mois - préhension 4 mois - affectivité 4 mois. A 12 mois *(après la 2ème et 3ème hospitalisations très rapprochées)* : motricité 5 mois - préhension 5 mois - affectivité 4 mois. Enfant moins souriant qu'au milieu du séjour, avant les hospitalisations. L'hypertonie, avec réflexes vifs et diffusés persiste. Roger quitte la Pouponnière le 17.4.58, rendu à ses parents en même temps que la jumelle, dans un état médiocre. Le retard psychomoteur est important. A 15 mois : motricité 6 mois - préhension 7 mois - affectivité 8 mois. L'hypotrophie est encore nette : 17 mois - 8.340 g.

Le retard psychomoteur présenté par Georgette est dû à la vie en collectivité et se comblera vraisemblablement peu à peu. Pour Roger, par contre, le pronostic est incertain

à cause de l'intrication des facteurs organiques *(troubles neurologiques)*, et des facteurs psychogénétiques *(action défavorable des hospitalisations répétées nécessitées par des affections intercurrentes)*. Cette observation est un exemple de la difficulté de porter un pronostic dans les premières années de la vie.

Les deux enfants ont été revus en Juin 1959, à l'âge de 31 mois, au domicile. Le développement psychomoteur de Georgette est satisfaisant. L'état de Roger s'est nettement amélioré, bien qu'il persiste encore une hypertonie prédominant aux membres inférieurs et un retard psychomoteur. Cependant le développement intellectuel semble exister *(l'enfant s'intéresse à ce qui l'entoure, connaît sa mère, est intimidé par les personnes étrangères)*.

Observation n° 7 *Martine S. (triplée)*

a) Situation familiale

Deux autres enfants : uneplus âgéeque Martine, l'autre est la triplée de Martine dont l'observation suit - 1 enfant décédé *(troisième enfant de cette grossesse triple)*. Logement insuffisant : cause invoquée pour la prolongation du séjour. En fait, les parents semblent se trouver dans une situation psycho-sociale défectueuse.

b) Antécédents

Grossesse triple mal supportée. Une enfant est décédée. Martine est née le 14.1.56 au poids de 1.250 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Elle est restée à l'Ecole de Puériculture jusqu'à l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Martine est admise à la Pouponnière le 17.4.56 en raison de son hypotrophie : à 2 mois, 2.680 g. - pas de troubles neurologiques grossiers.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est lent - cependant Martine est vive.
A 11 mois : motricité 6 mois - préhension 6 mois - affectivité 7 mois.
A 21 mois : motricité 10 mois - préhension 13 mois - affectivité 11 mois.
A partir de l'âge de 10 mois environ, la mère a pris régulièrement les jumelles "dans les bras" à la pouponnière.

Martine quitte la Pouponnière le 16.12.57, rendue à ses parents, dans un bon état physique, malgré une hypotrophie persistante : à 23 mois : 9.900 g - 80 cm - 12 dents.

Observation n° 8 *Marie-Claude (triplée)*

a) Situation familiale

Cf. observation n° 7.

b) Antécédents

Grossesse triple mal supportée. Une enfant est décédée. Marie-Claude est née le 14.1.56 au poids de 875 g. Accouchement normal - état satisfaisant à la naissance. Elle est restée à l'Ecole de Puériculture jusqu'à l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Marie-Claude est admise à la Pouponnière le 21.9.56 en raison de son hypotrophie : à 8 mois, 4.640 g - 55 cm ½. Pas de troubles neurologiques grossiers.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est très lent. A 11 mois ½ : motricité 6 mois - préhension 6 mois - affectivité 7 mois. A 21 mois : motricité 10 mois - préhension 12 mois - affectivité 11 mois. Cependant le comportement de l'enfant permet d'espérer une amélioration après le retour dans la famille. Marie-Claude quitte la Pouponnière en même temps que la jumelle le 16.12.57 rendue à ses parents, avec une hypotrophie persistante : à 23 mois 8.200 g - 76 cm - 10 dents.

Le retard psychomoteur important présenté par ces deux jumelles peut être mis sur le compte, soit de la grande prématurité *(poids de naissance 1.250 g et 875 g)* ou de la vie prolongée en collectivité *(séjour de 21 mois pour Martine, 15 mois pour Marie-Claude)*. Seule l'évolution permettra de trancher ou de faire la part respective de ces deux facteurs. L'observation au cours du séjour autorise un pronostic plutôt favorable, si les conditions affectives après la sortie sont bonnes. Martine fait d'importants progrès depuis la sortie de la Pouponnière. Son développement intellectuel est intact.

Marie-Claude a été placée à nouveau dans une pouponnière *(en province)* il n'a pas été possible d'avoir des nouvelles.

Observation n° 9 *Simon S.*

a) Situation familiale

Mère seule, s'intéressant peu à son enfant *(visites très rares)* - un autre enfant, abandonné par la mère *(en nourrice)*.

b) Antécédents

Grossesse sans incidents. Simon est né le 4.3.56 au poids de 1.170 g. Accouchement normal - Etat satisfaisant à la naissance. Il a été transporté le jour de la naissance à l'Ecole de Puériculture : pendant le séjour, hémorragie méningée *(à l'âge de 4 jours)*. Il est venu directement de l'Ecole de Puériculture à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Simon est admis à la Pouponnière le 7.6.56 en raison de son hypotrophie : à 3 mois, 2.950 g. - 46 cm ½ - strabisme et myopie. Pas d'autres troubles neurologiques.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est lent. A 10 mois - motricité 6 mois - préhension 3 mois - affectivité 6 mois.

La myopie très importante peut perturber les résultats du test. Simon a dû être hospitalisé du 29.3. au 4.4.57 pour pneumopathie aigüe. Au retour de l'hôpital, il est confié spécialement à une infirmière qui lui consacre tous ses moments de loisir. Grâce à ces soins, l'enfant s'est transformé : triste et apathique au début, il est devenu progressivement gai, éveillé, affectueux. Il quitte la Pouponnière le 9.1.58 avec une hypotrophie encore nette - à 22 mois, 9.490 g, 76 cm, 9 dents - et un retard psychomoteur important - à 21 mois : motricité 18 mois, préhension 13 mois, affectivité 15 mois.

La mère n'ayant pas répondu aux convocations de l'Assistante Sociale, Simon a dû être conduit au Dépôt.

Le pronostic éloigné au sujet de cet enfant est difficile à porter *(séquelles possibles d'hémorragie méningée ?)*. Cependant les progrès pendant le séjour, le comportement de cet enfant permettent d'espérer une évolution assez favorable. Malheureusement Simon ne pourra pas être revu en Consultation de suite.

Observation n° 10 *Jean-Louis C.*

a) Situation familiale

Mère seule ne venant pas voir régulièrement son enfant au début du séjour. Cependant la naissance de l'enfant était souhaitée par la mère, ainsi qu'elle l'a exprimé au cours des entretiens qu'elle a eus avec l'équipe médicale. Moyens d'existence imprécis. A perdu un premier enfant, décédé à l'âge de 6 mois de méningite.

b) Antécédents

Pendant la grossesse, la mère s'est soumise volontairement à un traitement prolongé, motivé par des accidents cutanéo-muqueux spécifiques. Jean-Louis est né le 13.2.54 au poids de 1.000 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Il est resté à l'Ecole de Puériculture jusqu'à l'entrée à la Pouponnière, pendant le séjour sont diagnostiqués : syndrome de Little avec hypertonie des membres inférieurs - Fibroplasie de l'oeil droit.

c) Etat à l'entrée

Jean-Louis est admis à la Pouponnière le 1er.9.54 en raison de son hypotrophie très importante : à 6 mois, 3.580 g. 52 cm ½ - syndrome de Little avec hypertonie des membres inférieurs - fibroplasie de l'oeil droit.

d) Evolution

Dès l'entrée, l'enfant est confié à la même puéricultrice qui a stimulé au maximum ses possibilités motrices. Le développement physique est très difficile, l'appétit presque nul, nécessitant des gavages quotidiens au début du séjour. De même le développement psychomoteur est très lent. Cependant, les réactions de l'enfant vis-à-vis de l'entourage permettent d'espérer quelques progrès. Au moment de la sortie, Jean-Louis âgé de 35 mois, présente le niveau psychomoteur suivant : motricité 9 mois - préhension 11 mois - affectivité 12 mois. L'enfant garde l'attitude typique des membres inférieurs. Il ne peut pas s'asseoir et marche seulement soutenu sous les deux aisselles et sur la pointe des pieds. La vision est très insuffisante. L'audition semble satisfaisante. Jean-Louis a été montré au Docteur TARDIEU en vue d'une éventuelle intervention au niveau des tendons d'Achille. On a renoncé à cette intervention, la marche n'ayant pas été à ce moment envisagée comme possible, le pronostic porté a été très sombre. En fin de séjour, la mère a été autorisée à alimenter elle-même son enfant au cours de ses visites. La reprise de l'enfant par la mère a été rendue possible grâce à une participation de la famille favorisée par l'action de l'assistante sociale. Jean-Louis est sorti le 8.2.57 à l'âge de 3 ans, pesant 8.840 g.

Il a été revu à la Consultation de suite après 3 mois de vie familiale. Les progrès sont manifestes, le comportement est amélioré, il n'y a plus de difficulté alimentaire. Jean-Louis est entré dans la salle de consultation en marchant, tenu par une main et les talons appliqués sur le sol. Le test pratiqué à ce moment donne les résultats suivants. A 39 mois : motricité 14 mois - préhension 18 mois - affectivité 18 mois. La station assise est maintenant possible *(la mère peut prendre son enfant sur les genoux pour l'alimenter)*. La marche se fait maintenant sur la plante des pieds, l'équilibre reste médiocre, l'enfant s'appuie encore d'une main sur un mur ou un meuble. Jean-Louis est gai, affectueux. Il reconnaît sa mère - celle-ci ne dissimule guère son mécontentement au sujet de l'état dans lequel on lui a rendu son enfant, état qu'elle attribue au fait qu'il était délaissé à la Pouponnière, car, depuis qu'elle s'en occupe, elle a obtenu une transformation manifeste.

Cette observation pose un problème de diagnostic difficile, devant ce retard psychomoteur important chez un grand prématuré *(poids de naissance : 1000 g)* avec syndrome de Little et fibroplasie d'un oeil. Malgré l'importance des éléments organiques, les facteurs psychiques ont ici un rôle non négligeable. Les progrès réalisés en peu de temps, l'enfant

étant "dans les bras de sa mère" permettent d'espérer un développement intellectuel qu'il sera nécessaire de suivre par des tests appropriés *(vision insuffisante et retard du langage)*. Le pronostic du devenir de l'enfant se trouve subordonné au diagnostic et à la part réciproque attribuée dans le retard aux lésions irréductibles et à la carence affective de la vie en collectivité à laquelle les soins particuliers dont il a été l'objet lui ont permis d'échapper partiellement.

En Mai 1959, à l'âge de 5 ans, l'enfant parle couramment. Le niveau du développement mental est normal; mais la motricité des membres inférieurs est toujours troublée. Il s'agit d'un infirme intelligent, cas typique d'enfant infirme moteur cérébral.

Observation n° 11 *Claire C.*

a) Situation familiale

Mère seule, attachée à son enfant. Visites régulières. Logement : une chambre sous les combles *(gens de maison)*.

b) Antécédents

Grossesse sans incidents. Claire est née le 26.5.56 au poids de 1.000 g. Accouchement normal. Elle est restée à l'Ecole de Puériculture jusqu'à l'entrée à la Pouponnière où, malgré un état satisfaisant à la naissance, elle a présenté une hémorragie méningée.

c) Etat à l'entrée

Claire est admise à la Pouponnière le 19.10.56 en raison de son hypotrophie : A 5 mois, 3.860 g. 50 cm ½ - pas de troubles neurologiques évidents.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est lent. A 7 mois - motricité 4 mois, préhension 4 mois - affectivité 5 mois. A 12 mois ½ : motricité 8 mois - préhension 8 mois - affectivité 8 mois. Claire est une enfant souriante, mais agitée, criant beaucoup. L'audition semble défectueuse *(nombreuses otites pendant le séjour)* ? Elle quitte la Pouponnière le 8.8.57 pour être placée en nourrice dans un bon état physique, malgré une hypotrophie persistante. A 14 mois : 8.620 g. - 73 cm - 5 dents.

Le pronostic est difficile à porter au sujet de cette enfant. Seule l'évolution permettra de faire la part entre la grande prématurité, l'hémorragie méningée, les troubles de l'audition, la vie en collectivité, facteurs d'un retard que des soins attentifs et prolongés peuvent réduire et même combler.

Il n'a pas été possible d'avoir des nouvelles après la sortie.

B - Maternités ou Cliniques d'accouchements

Observation n° 12 *Chantal R. (jumelle)*

a) Situation familiale

Père éthylique - mauvaise entente conjugale. Logement très insuffisant. 8 autres enfants dont 3 hypotrophiques placés en aérium au moment de l'entrée des jumelles à la Pouponnière.

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline sans incidents. Chantal est née le 5.8.56 au poids de 1.940 g. Siège complet. Première née. Etat satisfaisant à la naissance. Chantal a été transportée directement de la Maternité à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Chantal est admise à la Pouponnière le 20.9.56 en raison de son hypotrophie : A 1 mois, 2.690 g - 48 cm - Pas de troubles neurologiques évidents.

d) Evolution

Chantal a dû être hospitalisée du 30.7 au 21.8.57 pour convulsions hyperthermiques *(ponction lombaire et électro-encéphalogramme normaux).*

Cette enfant au visage expressif a attiré l'attention aussi bien du personnel de l'hôpital que celui de la Pouponnière où elle reçoit les soins de sa puéricultrice, mais est aussi "adoptée" par une employée affectée à la biberonnerie. Le développement psychomoteur est satisfaisant. A 4 mois : motricité 3 mois - préhension 3 mois - affectivité 4 mois. A 14 mois : motricité 12 mois - préhension 11 mois - affectivité 11 mois. Chantal est beaucoup plus vive et gaie que sa soeur jumelle. Elle quitte la Pouponnière le 30.11.57 rendue à ses parents, avec une hypotrophie persistante et une anorexie tenace. A 16 mois : 7.800 g - 75 cm.

Observation n° 13 *Ginette R. (jumelle)*

a) Situation familiale

Cf. observation n° 12.

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline sans incidents. Ginette est née le 5.8.56 au poids de 1.960 g. Siège complet. Deuxième née. Etat satisfaisant à la naissance. Ginette a été transportée directement de la Maternité à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Ginette est admise à la Pouponnière le 20.9.56 en raison de son hypotrophie : un mois 2.550 g. - 46 cm ½. Pas de troubles neurologiques évidents.

d) Evolution

Ginette a dû être hospitalisée du 28.8 au 7.9.57 pour convulsions hyperthermiques *(ponction lombaire et électro-encéphalogramme normaux).* Le développement psychomoteur est très lent. A 4 mois : motricité 2 mois - préhension 2 mois - affectivité 3 mois. A 15 mois, motricité 8 mois - préhension 6 mois - affectivité 8 mois. Ginette quitte la Pouponnière le 30.11.57 rendue à ses parents en même temps que sa jumelle. Son état physique est moyen. A 16 mois : 8.470 g - 72 cm, 5 dents. Elle présente un retard psychomoteur important, son appétit est très capricieux. Il s'agit d'une enfant d'aspect amorphe, craintive, pleurant beaucoup, mais aimant être "calinée" malgré une apparence peu engageante.

La nette différence d'éveil psychique pour ces deux enfants semble pouvoir être expliquée par les conditions affectives pendant le séjour. Chantal, jolie et agréable, a été très "entourée". Ginette moins attirante, n'a pas reçu des soins particuliers. Malgré le retard important et les troubles du comportement, il ne semble pas s'agir, pour Ginette, d'arriération d'origine organique, mais d'arriération d'origine psychogène. L'évolution permettra de confirmer le diagnostic. Peut-être aussi une susceptibilité particulière pour Ginette explique-t-elle les réactions dues à la vie en collectivité *(long séjour de 15 mois*

Les jumelles ont été placées à nouveau *(San Salvadour)*. Les nouvelles reçues de cet établissement en Juillet 1959 *(à l'âge de 3 ans)* confirment l'origine affective du retard. Le pronostic ultérieur est incertain, à cause de la longueur et de la répétition des placements en collectivité et des séparations d'avec la mère.

Observation n° 14 *Martine C.*

a) Situation familiale

Logement insalubre - un autre enfant - visites peu fréquentes.

b) Antécédents

Grossesse mal supportée. Martine est née le 10.6.57 au poids de 1.780 g - Accouchement normal, mais l'enfant n'a crié qu'après désobstruction. Elle a présenté le 3ème jour de la vie un rejet de mucosités sanglantes ayant nécessité une transfusion.

c) Etat à l'entrée

Martine est admise à la Pouponnière le 31.8.57 en raison de son hypotrophie, venant directement de la Maternité : à 2 mois, 3.600 g - 50 cm. Examen neurologique : tonus normal, réflexes ostéo-tendineux vifs surtout à gauche.

d) Evolution

Le développement psychomoteur est satisfaisant jusqu'à l'âge de 6 mois environ, puis l'enfant présente une régression portant surtout sur la préhension et l'affectivité :

- à 3 mois ½ - niveau de 2 mois, enfant souriante et éveillée.
- à 5 mois ½ - motricité 4 mois - préhension 3 mois - affectivité 5 mois - enfant très souriante et très éveillée.
- à 8 mois ½ - motricité 6 mois - préhension 4 mois - affectivité 4 mois - enfant moins éveillée, ne sourit plus à son image *(souriait au test précédent)*.
- à 10 mois - motricité 7 mois - préhension 3 mois - affectivité 3 mois - Martine ne prend plus les objets, elle tient peu de temps l'objet placé dans la main et ne le regarde pas. Les pupilles sont en myosis. Le regard est vague. Aucune réaction lorsqu'on agite la sonnette. Martine semble ne pas entendre ? Elle n'émet aucun son *(plus de gazouillis)*, ne sourit pas à son image, sourit un peu avec beaucoup d'incitation. Par moment le regard est anxieux.

Au point de vue neurologique, Martine est très hypotonique, les réflexes tendineux sont normaux.

Martine quitte la Pouponnière le 17.4.58 rendue à ses parents. Son état physique est peu satisfaisant : à 10 mois 7.270 g - 67 cm - 6 dents. L'appétit est très capricieux alors qu'il était normal jusqu'à 5 à 6 mois.

La cause de cet important retard psychomoteur au moment de la sortie *(la motricité étant peu touchée)* peut être discutée :

- un retard organique à cause de l'état à la naissance, des troubles hémorragiques du début de la vie, de l'hyperréflectivité tendineuse. Il peut s'agir de la révélation de l'altération corticale, au moment où la préhension cesse d'appartenir à un dispositif à prédominance sous corticale.

- un retard psychogène est également possible dû à une carence affective à la fin de séjour - Martine a été confiée par sa puéricultrice, aux stagiaires, à partir du moment

où son état a permis d'envisager sa sortie, vers le 7ème mois. L'enfant est cependant encore restée trois mois à la Pouponnière à cause des conditions de logement. Pendant cette période, elle n'a pas reçu les soins attentifs et constants qu'elle recevait lorsque son état était précaire.

Des nouvelles reçues en Juin 1959 confirment cette deuxième hypothèse. Après la sortie de la Pouponnière, Martine est restée 4 mois avec sa mère, a été ensuite hospitalisée pour eczéma. De l'hôpital, elle a été conduite à l'hospice St-Vincent-de-Paul *(la mère prétendait ne pas pouvoir reprendre l'enfant à cause des conditions de logement)*. Martine a été placée finalement chez une nourrice alors qu'elle avait 14 mois. Une lettre de celle-ci montre une intelligence intacte, malgré un retard psychomoteur modéré. A 2 ans Martine commence à marcher seule, est propre dans la journée, mange seule en se salissant, dit quelques mots simples, chante, danse, joue à la ronde avec les autres enfants.

Observation n° 15 *Josette A.*

a) Situation familiale

Mère psychopathe internée définitivement. Deux autres enfants hypotrophiques.

b) Antécédents

Grossesse sans incident. Josette est née le 16.2.56 au poids de 1.670 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Elle a été conduite directement de la Maternité à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Josette est admise à la Pouponnière le 4.4.56 dans un état très précaire. Un mois: 2.310 g - 46 cm. Pas de troubles neurologiques grossiers.

d) Evolution

Au début du séjour, infection oculaire et nasale persistante. Croissance pondérale difficile. Enfant pâle, amorphe, indifférente à tout ce qui l'entoure, stagnante, sans aucune sociabilité. Vers l'âge de 7 mois, Josette est confiée spécialement à une puéricultrice. A partir de cette date, elle fait peu à peu des progrès sensibles, l'appétit et le comportement s'améliorent. L'enfant reconnaît sa puéricultrice, s'intéresse à ce qui l'entoure, sourit et gazouille. Cependant le retard est encore très important.

- à 11 mois : motricité - préhension et affectivité 6 mois
- à 18 mois : motricité - 12 mois - préhension 10 mois - affectivité 12 mois

Josette quitte la Pouponnière le 30.9.57 à l'âge de 19 mois, pesant 8.000 g. Son état général est satisfaisant. Ainsi qu'elle le souhaitait et comme cela était souhaitable, la puéricultrice a été invitée à conduire elle-même l'enfant chez la nourrice. Malgré un changement de parents nourriciers, Josette a continué à faire des progrès rapides. Des nouvelles communiquées un an après la sortie témoignent d'un développement normal, malgré le premier semestre de la vie. Le père vit avec une femme qui accepte de se charger des enfants. Josette est visitée régulièrement chez ses parents nourriciers et sera bientôt reprise par son père et sa mère adoptive.

Cette observation montre les difficultés du pronostic au point de vue mental dans les premiers mois de la vie : le retard psychomoteur important pouvait en effet faire porter un mauvais pronostic chez cette enfant. L'évolution témoigne l'effet favorable de l'attachement électif d'une puéricultrice à un enfant.

2 - MILIEU FAMILIAL

Observation n° 16 *Christian C.*

a) Situation familiale

Mère seule, éthylique, vivant dans un taudis, ne s'occupant pas de l'enfant. Celui-ci a été recueilli par des voisins aussitôt après l'accouchement qui a eu lieu à domicile.

b) Antécédents

Grossesse mal supportée. Christian est né le 3.4.55 au poids de 2.400 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Des voisins se sont occupés de lui jusqu'à l'entrée à la Pouponnière décidée à la suite d'une série d'épisodes infectieux : otite en Janvier, rougeole en Mars, varicelle en Juillet 56.

c) Etat à l'entrée

Christian est admis à la Pouponnière le 6.8.56 : à 16 mois, 8.800 g - 77 cm - 15 dents. Pas de troubles neurologiques évidents.

d) Evolution

Christian a été visité par sa famille "adoptive" pendant tout le séjour. Le développement physique est satisfaisant. Par contre un test pratiqué 6 mois après l'entrée montre un retard psychomoteur. A 22 mois : motricité 18 mois - préhension 13 mois - affectivité 15 mois. Il s'agit d'un enfant gai, affectueux, qui n'est pas pleinement comblé affectivement et cherche la compagnie des autres enfants, ce qui est inhabituel à cet âge. Cependant, un autre test pratiqué à 24 mois montre des progrès : motricité 21 mois - préhension et affectivité 18 mois.

Christian quitte la Pouponnière le 20.5.57 dans un état physique satisfaisant : A 25 mois, 10.160 g. - 82 cm - 18 dents. Il a dû être conduit au Dépôt.

Malgré le désir des parents adoptifs, Christian n'a pas pu leur être rendu. Ceux-ci pensent reprendre l'enfant dans quelques temps, après les démarches nécessaires. Il eut été préférable que celles-ci soient achevées pendant le séjour de l'enfant, afin d'éviter à celui-ci des changements successifs. Cette observation souligne encore l'importance de préparer la sortie de l'enfant dès l'entrée, pour trouver la solution la meilleure.

Observation n° 17 *Robert L.*

a) Situation familiale

Parents attachés à l'enfant. Pas d'autre enfant.

b) Antécédents

Grossesse sans incidents. Robert est né le 4.3.56 au poids de 1.860 g. Accouchement normal - état satisfaisant à la naissance.

- 1er séjour à l'Ecole de Puériculture de la naissance au 22.4.56, pendant le séjour; hémorragie méningée.
- domicile du 22 au 30.4.56
- 2ème séjour à l'Ecole de Puériculture, après une crise de cyanose, du 30.4 au 5.5.56
- domicile du 6 au 21.5.56, date de l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Robert est admis à la Pouponnière le 21.5.56 en raison de son hypotrophie : 2 mois 3.700 g - 54 cm ½. Il présente des troubles neurologiques *(hypertonie, hyperréflectivité tendineuse)*, des crises de cyanose fréquentes *(pas de cardiopathie apparente)* et une exophtalmie *(examen ophtalmologique : forte myopie bilatérale, mouvements nystagmiformes, fonds d'yeux normaux)*.

L'anamnèse de l'enfant, jointe à ces troubles visuels, étaient des éléments de pronostic défavorable, on pouvait soulever le diagnostic d'encéphalopathie grave, séquelle de l'hémorragie méningée.

d) Evolution

Le comportement de l'enfant, au début du séjour était celui d'un enfant retardé. En outre, des troubles digestifs importants ont amené le transport de l'enfant à l'hôpital le 6.6.56 et au moment de sa réadmission à la Pouponnière, le 16.7.56, le passage au lazaret a été nécessaire.

Au retour de l'hôpital, le comportement de Robert est toujours très anormal. La convergence de l'anamnèse, des troubles visuels et des changements de mains a provoqué ces réactions comportementales qui ont donné à l'enfant l'habitus d'un enfant présentant un grave retard psychomoteur.

Revu à 10 mois, 5 mois après la nouvelle admission à la Pouponnière, l'enfant présente encore un retard *(niveau psychomoteur de 7 mois pour un âge chronologique de 10 mois)*, mais le comportement est amélioré : enfant encore peu éveillé, mais plus souriant. Notons en outre que les résultats du test peuvent être perturbés par la myopie présentée par cet enfant.

Au moment de la sortie, le niveau psychomoteur est le suivant : à 16 mois, motricité 9 mois - préhension 12 mois - affectivité 13 mois. Robert est alors un enfant gai, très éveillé. Il distingue les personnes. Le retard porte surtout sur la motricité. Du point de vue neurologique, l'hypertonie et le nystagmus ont complètement disparu, les réflexes sont normaux. L'exophtalmie a diminué, mais persiste néanmoins *(trouble identique retrouvé chez la mère)*. Robert quitte la Pouponnière le 5.8.57 rendu à ses parents, dans un état physique satisfaisant : à 17 mois, 10.740 g. - 77 cm - 6 dents.

Le diagnostic d'arriération organique peut être rejeté, malgré le retard psychomoteur, en raison des progrès nets et de la disparition des troubles neurologiques.

Malheureusement, Robert ne pourra pas être revu en Consultation de suite et il sera difficile d'avoir de ses nouvelles, les parents étant partis avec l'enfant dans un pays étranger.

Observation n° 18 *Alain T. (jumeau)*

a) Situation familiale

Parents attachés aux enfants, mais milieu ignorant. Mère âgée : 42 ans - 4 autres enfants : 21 - 20 - 11 et 6 ans. Les deux aînés sont salariés. Même père pour les six enfants. Logement : pavillon de 3 pièces et une cuisine, insalubre, mais bien tenu.

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline mal supportée. Accouchement normal *(en clinique)* Alain est né le 18.5.1955 au poids de 2.220 g. Etat satisfaisant à la naissance. Pas d'antécédents pathologiques. Alain est resté avec sa mère, jusqu'à l'âge de 18 mois, moment de l'entrée à la Pouponnière.

c) *Etat à l'entrée*

Alain est admis à la Pouponnière le 19.11.56 pour hypotrophie : à 18 mois, 7.400 g 70 cm. Pas de troubles neurologiques grossiers. Signes de rachitisme - 13 dents. Le test n'a pu être pratiqué qu'un mois après l'entrée, en raison des troubles du comportement : Alain pleure facilement, joue très peu. Cependant l'appétit est conservé et la croissance pondérale satisfaisante pendant le mois de lazaret. Au premier test, le retard est important et homogène : niveau de 13 mois pour un âge réel de 19 mois. Alain ne marche pas seul *(il ne marchait pas non plus chez lui)*. La mère est venue régulièrement voir ses enfants *(une fois par semaine)*. Ceux-ci la reconnaissent et pleurent après les visites.

d) *Evolution*

Après les difficultés du lazaret, le comportement s'améliore peu à peu. Les visites de la mère ont été régulières et elle a pris ses enfants dans les bras. Six mois plus tard, l'état est transformé : le niveau psychomoteur se disperse de 14 à 17 mois *(motricité 14 mois - préhension 15 mois - affectivité 17 mois)* pour un âge réel de 22 mois. Alain est maintenant un enfant gai, jouant activement. Parallèlement son état physique s'est amélioré. Au moment de la sortie, à 24 mois : 9.480 g. 78 cm - 15 dents. Il est rendu à ses parents avec son frère jumeau le 23.5.57.

Observation n° 19 *Patrik T. (jumeau)*

a) *Situation familiale*

Cf. observation n° 18.

b) *Antécédents*

Identiques à son jumeau, avec un poids de naissance de 2.650 g.

c) *Etat à l'entrée*

Patrick est admis à la Pouponnière le 19.11.56 pour hypotrophie : à 18 mois, 7.530 g. - 72 cm. Pas de troubles neurologiques grossiers. Signes de rachitisme. 4 dents. Le premier test fait un mois après l'entrée, pour les mêmes raisons que dans l'observation du frère jumeau, montre un retard psychomoteur important et homogène : niveau de 13 mois pour un âge réel de 19 mois. Comme Alain, Patrick a présenté une réaction de séparation violente et prolongée.

d) *Evolution*

L'état physique et psychomoteur de Patrick a eu la même évolution que celui d'Alain. Six mois après l'entrée, l'état est transformé. Le niveau psychomoteur se disperse de 13 à 17 mois *(motricité : 14 mois - préhension 13 mois - affectivité 17 mois)* pour un âge réel de 22 mois. Patrick est maintenant un enfant heureux, riant beaucoup. Il a appris à marcher seul et joue activement. Parallèlement, son état physique s'est amélioré. A 24 mois : 9.890 g. - 78 cm - 12 dents. Il est rendu à ses parents avec son frère jumeau, le 23.5.57.

Les soins insuffisants reçus au domicile par suite du surmenage maternel et l'insalubrité du logement peuvent expliquer les raisons de l'admission et le retard psychomoteur à l'entrée. La prolongation des phénomènes de désadaptation est due à la privation de la mère. Pendant les visites de celle-ci, en effet, les enfants étaient heureux, reconnaissaient leur mère et pleuraient après son départ.

Observation n° 20 *Jacques C. (jumeau)*
Cf. Observation n° 21

a) Situation familiale

Mésentente conjugale – Père garçon boucher. Une soeur aînée âgée de 4 ans. Pour payer les dettes du ménage, la mère a accepté un travail à domicile, qui l'aurait empêchée de s'occuper de ses enfants. Il est à noter une nette préférence de la mère pour Jacques, la mère a finalement quitté le domicile conjugal alors que Jacques et Jean avaient 18 mois.

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline sans incidents. Jacques est né le 2.12.55 au poids de 2.550 g. avec un forceps. Etat satisfaisant à la naissance. Pas d'antécédents pathologiques. Jacques a vécu avec ses parents jusqu'à 18 mois avec son père et ses grands parents paternels de 18 à 20 mois, moment de l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Jacques est admis à la Pouponnière le 12.8.57 pour "retard psychique" d'après le questionnaire rempli par le médecin du dispensaire. En fait le placement a été demandé par les grands parents en raison des difficultés d'adaptation des jumeaux :

Jacques est hypotrophique : à 20 mois, 9.180 g. – 75 cm, et rachitique. Pas de troubles neurologiques évidents. Le retard psychomoteur est important : niveau aux environs d'un an. Jacques ne marche plus alors qu'il marchait avant l'entrée, d'après la grand'mère. Il présente des troubles graves du comportement. Son indifférence est totale pour les personnes, y compris son frère jumeau *(dans la même chambre du lazaret)* et pour les objets. Il est apathique, ne sourit pas. Son regard est vague, plafonnant par moments. Il présente des balancements antéro-postérieurs, dans son lit. Il repousse en criant les personnes et refuse presque toute alimentation, même liquide.

d) Evolution

Pendant le séjour au lazaret, Jacques est l'objet particulier des soins de son infirmière. Son état est cependant presque stationnaire. Toutefois, à la sortie du lazaret, il sourit un peu lorsque son infirmière s'occupe de lui, et accepte mieux les liquides. Après le passage en salle, les signes d'amélioration disparaissent. Les mouvements anormaux augmentent : balancements avec rejet de la tête en arrière *(l'enfant étant debout à l'appui ou assis dans son lit)* et révulsion des globes oculaires *(le blanc de l'oeil seul étant alors visible)*, mouvements stéréotypés des mains. A ces mouvements s'associent des bruits particuliers de la bouche et du nez. Devant ce tableau impressionnant, Jacques est confié à une puéricultrice chargée spécialement de s'occuper de lui. Cependant le comportement ne s'améliore que très lentement et partiellement. Les balancements diminuent de fréquence et d'intensité *(la révulsion des yeux se fait sans disparition de la pupille)*. Jacques commence à manifester de la joie lorsque sa puéricultrice le prend et de la tristesse lorsqu'elle le quitte. Son appétit est meilleur, sauf les jours où sa puéricultrice est absente. Le père est venu régulièrement voir ses enfants et les prendre dans les bras, mais ceux-ci ne manifestaient aucun signe de reconnaissance. Devant la persistance des troubles d'allure autistique, une nouvelle tentative est faite pour remettre l'enfant en contact avec sa mère. Celle-ci est trouvée avec beaucoup de difficulté, en raison de la situation psycho-affective du ménage. A la première visite, la mère a manifesté une grande émotion. Quant à l'enfant, sans qu'il manifeste à proprement parler de signes évidents de reconnaissance, il s'est laissé prendre par sa mère de la même façon qu'il se laissait prendre par sa puéricultrice, alors qu'il refusait d'aller dans les bras des autres personnes du service qu'il avait pourtant l'habitude de voir. Malheureusement, les nécessités du travail de la mère l'ont empêchée de venir aussi souvent qu'il eut été souhaitable. Cependant, l'attitude de la mère au cours des visites a confirmé sa préférence pour Jacques.

Ultérieurement, le père supportant mal les visites de la mère, a exigé de reprendre ses enfants, qui ont dû lui être rendus bien que le divorce n'ait pas encore été prononcé. D'autre part, l'amélioration de l'état affectif de Jacques sous l'influence des soins électifs de sa puéricultrice s'est trouvée compromise par le départ de celle-ci qui a quitté la Pouponnière pour se marier.

Au moment de la sortie le 2.5.58, l'état de Jacques est amélioré, quoique encore sérieux. L'état physique est bon : à 29 mois, 11.800 g - 80 cm. Son appétit est satisfaisant, sa courbe pondérable est régulière. Le niveau psychomoteur est le suivant : âge réel : 28 mois - motricité 15 mois - préhension 12 mois - affectivité 13 mois. Jacques présente quelque intérêt pour les objets. Il pleure et crie si les autres enfants lui prennent ses jouets, mais ne se joint pas à eux. Il accepte volontiers la présence de l'adulte sans la rechercher cependant. Son regard est encore un peu vide, mais son visage s'illumine au moment des manifestations d'affection qu'on lui témoigne.

Il semble que, malgré l'insuffisance de soins avant le départ de la mère, Jacques ait eu avec celle-ci un lien affectif *(plus important que pour Jean son jumeau)*. Les troubles présentés par Jacques *(troubles existant déjà pendant le séjour chez les grands-parents)*, sont dus en partie à la brusque séparation d'avec la mère, mais il semble cependant que les deux enfants aient eu déjà une carence affective avant cette séparation. Le pronostic ultérieur dépend évidemment des soins maternels substitutifs qui seront assurés, puisqu'il a été malheureusement impossible de remettre l'enfant dans les bras de la mère.

Jacques a été revu en Consultation de suite en même temps que le jumeau cf. p. 48.

Observation n° 21 *Jean C. (jumeau)*
cf. observation n° 20

a) Situation familiale

cf. observation de Jacques (n° 20).

b) Antécédents

Grossesse gemellaire bivitelline sans incidents. Jean est né le 2.12.55 au poids de 3.260 g. avec un forceps. Accouchement difficile : dystocie d'un bras - noeud du cordon - 1er cri et 1er mouvement respiratoire seulement après désobstruction. Méningite grippale à l'âge d'un an. Comme le frère jumeau, Jean a vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 18 mois, avec son père et ses grands parents maternels de 18 à 20 mois, moment de l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Jean est admis à la Pouponnière le 12.8.57 avec le même diagnostic que Jacques "retard psychique". Il n'est pratiquement pas hypotrophique : 20 mois, 10.600 g. - 79 cm - rachitisme. Pas de troubles neurologiques évidents. Le retard psychomoteur est important *(niveau aux environs d'un an)*. Les troubles du comportement sont moins importants que ceux présentés par Jacques. Jean est indifférent aux personnes, mais s'intéresse aux objets. Son appétit est satisfaisant, même supérieur à la moyenne. Jean est apathique, ne sourit pas. Il repousse les personnes d'un geste, mais sans crier. Aucun balancement ni mouvement des mains mais le regard est vide.

d) Evolution

Malgré les soins particuliers d'une puéricultrice, les troubles du comportement se sont aggravés pendant le séjour. Des balancements antéro-postérieurs sont apparus *(sans rejet de la tête en arrière)*. *Jean n'a aucun contact avec les personnes (adultes et autres enfants)*. Il manifeste un grand intérêt pour les objets jouant seul pendant de longs moments

en chantonnant *(rythme scandé)*. Il ne pleure ni ne sourit jamais. Il est boulimique. Comme Jacques, Jean a été pris dans les bras régulièrement d'un côté par le père, de l'autre par la mère, sans résultats probants. Au moment de la sortie le 2.5.58, le niveau psychomoteur est le suivant : à 28 mois, motricité 18 mois - préhension 14 mois - affectivité 15 mois. L'état physique est satisfaisant : à 29 mois, 13.100 g - 86 cm - 18 dents. Jean a dû être rendu à son père.

Jean semble avoir été moins touché que Jacques par la séparation maternelle. La préférence de la mère pour Jacques explique en partie cette différence de réaction. De plus, Jean qui ressemble beaucoup au père, a été plus entouré par celui-ci et par les grands-parents paternels, après le départ de la mère. Le pronostic dépend des soins maternels substitutifs.

Les deux enfants ont été revus en Consultation de suite où ils ont été amenés par le père et la compagne actuelle de celui-ci. Les deux enfants se sont présentés dans un bon état physique. Les téguments sont colorés, le visage est plein. Mais ni l'un ni l'autre ne prononce le moindre mot. L'indifférence de Jacques est complète. Il se laisse prendre dans les bras de sa future belle-mère sans aucune réaction. On ne peut rencontrer son regard. L'enfant est toujours isolé au milieu de son entourage, auquel il tourne le dos de préférence et il a un comportement très particulier : l'expression de son visage témoigne d'un intérêt pour des ombres ou des images hallucinées. L'activité intellectuelle semble exister, mais se situe sur un plan uniquement autistique. L'enfant marche, suivant une idée non exprimée et mue par un intérêt échappant complètement à l'entourage. Cependant il se laisse alimenter, vêtir, mais il est incapable de manger seul, ne réclame jamais aucune nourriture. La propreté n'est pas acquise, pas plus diurne que nocturne. L'enfant est indifférent aux manifestations d'affection.

Pour le frère jumeau, Jean, la croissance est satisfaisante, mais l'enfant reste amorphe, s'intéresse très peu à l'entourage. Il est cependant beaucoup plus présent que son frère et réagit favorablement aux manifestations d'affection. L'enfant se laisse nourrir facilement. La propreté n'est pas acquise.

Les deux enfants ne jouent pas l'un avec l'autre et leur surveillance est, paraît-il facile, de même que leur alimentation.

Observation n° 22 *Gérard H.*

a) Situation familiale

Enfant désiré, né après plusieurs années de mariage.

b) Antécédents

Grossesse normale - Gérard est né le 14.11.1956 au poids de 3.000 g - Accouchement difficile - souffrance foetale au moment de l'expulsion - 1er cri après désobstruction - bec de lièvre bilatéral.

c) Etat à l'entrée

Gérard est admis à la Pouponnière le 16.2.57 pour difficultés d'alimentation dues au bec de lièvre. A 3 mois, il pèse 4.840 g - 57 cm - 1 dent. Pas de troubles neurologiques évidents. Le développement psychomoteur correspond à l'âge réel. Gérard est particulièrement éveillé.

d) Evolution

3 hospitalisations sont nécessaires au cours du séjour :
- du 23.3 au 1.4.57 pour 1er temps opératoire *(bec de lièvre)*

- du 10.4. au 14.4.57 pour état subtoxique *(otite)*
- du 24.6. au 4.7.57 pour 2ème temps opératoire.

La mère a accompagné l'enfant à chaque allée et venue. Elle l'a visité tous les jours à l'hôpital et plusieurs fois par semaine à la Pouponnière. Gérard sourit à sa mère, mais n'a pas de réaction d'angoisse devant les personnes étrangères. Son état à la sortie est satisfaisant : à 9 mois : 7.560 g - 67 cm - 0 dent *(1ère dent enlevée au cours de l'intervention)*. Le développement psychomoteur correspond à l'âge réel, comme à l'entrée.

Gérard est rendu à ses parents le 26.7.57. Il a été revu à la Consultation de suite, avec un développement normal.

Gérard n'a probablement pas souffert des hospitalisations successives. On peut admettre l'influence de deux séries de faits :

- les interventions particulièrement pénibles auxquelles cet enfant était soumis ont amené les infirmières et puéricultrices à s'occuper beaucoup de lui *(à l'hôpital et à la Pouponnière)*.

- le lien entre cet enfant et sa mère n'a jamais été rompu, maintenant chez l'enfant un sentiment de sécurité.

Observation n° 23 *Nadine M.*

a) Situation familiale

4 autres enfants bien portants - parents peu attachés à Nadine : visites très espacées, au plus trimestrielles.

b) Antécédents

Grossesse mal supportée. Nadine est née à la Maternité le 14.3.56 au poids de 2.720 g. Accouchement pénible. Placenta praevia. Nadine est née en état de mort apparente et a dû être réanimée. Elle reste au domicile jusqu'à l'âge de 10 mois. Ensuite de 10 à 12 mois, hospitalisation pour méningite secondaire à une otite *(varicelle pendant l'hospitalisation)*. Nadine est de nouveau au domicile de 12 à 14 mois, moment de l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Nadine est admise à la Pouponnière le 10.5.57 pour hypotrophie : à 14 mois 7.260g - 72 cm - 4 dents. Hypertonie importante et hyperréflectivité tendineuse. Il s'agit d'une enfant craintive, opposante, criant beaucoup, refusant le contact avec les personnes jouant peu. Le retard psychomoteur est important. Niveau de 6 mois en motricité et en préhension pour un âge réel de 15 mois *(le niveau affectif est impossible à déterminer à cause du comportement de l'enfant)*.

d) Evolution

Pendant le séjour, le retard psychomoteur persiste, mais il y a un décalage avec le comportement qui est transformé : à la sortie il s'agit d'une enfant gaie, vivante, distinguant les personnes. Le niveau psychomoteur est encore très bas : motricité 12 mois - préhension 10 mois - affectivité 12 mois pour un âge réel de 24 mois. L'hypertonie constatée au début du séjour a diminué progressivement, faisant place à une hypotonie considérable. Les réflexes sont difficiles à obtenir. Pas d'autres signes neurologiques. L'état physique s'est beaucoup amélioré : à 24 mois : 10.450 g. - 80 cm - 15 dents. Nadine est rendue à ses parents le 21.3.1958. Ceux-ci ont cherché immédiatement un nouveau placement.

Quelle est la relation du retard constaté avec les conditions de la naissance et l'hypotrophie secondaire à l'épisode otitique compliqué de méningite ? Il est incontestable que l'état général de l'enfant a été profondément atteint. L'hypotonie qui a succédé à l'hypertonie semble la conséquence de l'hypotrophie chez cette convalencente aux "chairs molles" qui ne s'est pas assise avant 18 mois. En raison de ce retard moteur, l'enfant est resté dans son berceau et a été incapable d'avoir les activités habituelles de son âge. Le pronostic semble cependant favorable en raison de l'évolution de la sociabilité de l'enfant, décalée par rapport à son retard moteur et de ses réactions aux soins de la puéricultrice qui lui avait été spécialement attachée. Constatation à double effet : le pronostic d'avenir apparaît en rapport avec les réactions de l'enfant à ces soins particuliers, mais aussi le développement psychomoteur immédiat, qui à cet âge évolutif, se trouve, on le sait, conditionner le développement ultérieur, dépend lui-même de ces soins et des liens affectifs créés avec l'enfant.

Placée chez une nourrice qui s'occupe beaucoup d'elle, Nadine fait des progrès rapides, qui confirment le pronostic favorable porté à la fin du séjour.

Observation n° 24 *Lydie M.*

a) Situation familiale

Parents attachés à l'enfant. Logement exigu mais non insalubre. 4 autres enfants.

b) Antécédents

Grossesse mal supportée. Lydie est née le 25.4.1955 au poids de 4.200 g - Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Elle est restée au domicile jusqu'à l'entrée à la Pouponnière, sauf une hospitalisation de Mars à Avril 1956 pour rougeole, oreillons, varicelle.

c) Etat à l'entrée

Lydie est admise à la Pouponnière le 15.2.57 pour retard moteur. Agée de 22 mois, elle ne marche pas encore seule. Son état physique est satisfaisant : à 22 mois, 11.080 g - 81 cm - 12 dents. Pas de signes de rachitisme. Pas de troubles neurologiques grossiers. Une radio du bassin élimine une luxation congénitale de la hanche. L'étude du niveau psychomoteur met en évidence le contraste qui existe entre la locomotion qui est à 11 mois, la préhension qui atteint 21 mois, pour un âge réel de 22 mois. Par contre, l'affectivité ne dépasse pas 18 mois mais le comportement est à peu près normal.

d) Evolution

Rapidement Lydie apprend à marcher seule. A la sortie, âgée de 25 mois, elle pèse 13.400 g. mesure 83 cm, possède 12 dents. Le niveau psychomoteur est le suivant : motricité 18 mois - préhension et affectivité 21 mois, pour un âge réel de 25 mois - Lydie est rendue à ses parents le 14.6.1958.

Ce retard isolé de la marche, chez une enfant en bon état, sans traces de rachitisme et sans troubles alimentaires, ne peut être expliqué que par les conditions de vie de l'enfant confinée au lit à cause de l'exiguité du logement et l'ignorance parentale. Ce cas est un exemple d'un retard uniquement "fonctionnel" par non-exercice de la fonction.

Observation n° 25 *Françoise S.*

a) Situation familiale

Parents attachés à l'enfant : 4 frères et soeurs dont un placé pour hypotrophie - logement très insuffisant.

b) Antécédents

Grossesse sans incidents. Françoise est née le 2.4.56 au poids de 2.900 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Elle a été hospitalisée pour troubles digestifs et pyodermite : a fait ensuite un séjour de 4 mois au Centre Hospitalier Paul Parquet. L'enfant revient pour quelques mois dans sa famille avant d'entrer à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Françoise est admise à la Pouponnière le 23.12.57 pour hypotrophie à 18 mois : 8.890 g - 75 cm - 13 dents. Pas de troubles neurologiques évidents. Elle présente à l'entrée des troubles du comportement. Elle semble ignorer les personnes qui l'entourent, ne sourit pas, refuse les manifestations d'affection. Son regard est vague. Mise sur le sol, elle reste couchée, immobile. L'appétit est moyen. Le premier test psychomoteur montre un retard important : motricité 14 mois - préhension 15 mois - affectivité 14 mois pour un âge réel de 19 mois.

d) Evolution

Le traitement banal des hypotrophiques est appliqué et l'état de l'enfant s'est amélioré. C'est avant la fin du séjour au lazaret que le comportement s'est transformé. Françoise commence d'abord par sourire, rire aux éclats, puis recherche le contact avec les personnes. Après le passage en salle commune, Françoise continue à faire des progrès. Il s'agit d'une enfant d'intelligence vive. Son intérêt est très grand pour les personnes *(enfants et adultes)* et les objets. Le dernier test pratiqué montre les résultats suivants : motricité 22 mois - préhension et affectivité 18 mois, pour un âge réel de 22 mois. Françoise quitte la Pouponnière le 1.3.1958, rendue à ses parents, dans un état physique satisfaisant : à 23 mois 10.800 g - 80 cm - 16 dents.

Les nombreux changements subis par cette enfant d'une part et d'autre part la qualité des soins maternels qu'elle avait dans sa famille, rendent compte de l'intensité des réactions de détresse à l'entrée et des résultats médiocres au premier test.

Observation n° 26 *Louis G.*

a) Situation familiale

Déchéance des parents *(éthylisme)* - 10 autres enfants retirés aux parents dont un enfant décédé.

b) Antécédents

Aucun renseignement sur la grossesse et l'accouchement *(poids de naissance non connu)*. Louis est hospitalisé à l'âge de 3 mois pour une coqueluche. Au moment de cette hospitalisation, la déchéance est prononcée et Louis est envoyé dans un Centre de Placement de l'Assistance à l'Enfance de Seine et Oise et ensuite en nourrice.

c) Etat à l'entrée

Louis est admis à la Pouponnière le 6.6.56 avec une hypotrophie considérable : à 19 mois, 7.700 g - 75 cm - 17 dents. Pas de troubles neurologiques évidents. Il s'agit d'un enfant craintif *(peur d'une poupée)* peu éveillé. Il refuse de jouer.

d) Evolution

Le comportement est transformé pendant le séjour. Louis est un enfant agité, émotif, ayant de grands besoins affectifs. Il présente un retard psychomoteur important. Pour un âge réel de 26 mois : motricité 18 mois - préhension 17 mois - affectivité 21 mois. Pour un âge réel de 29 mois : motricité 21 mois - préhension 17 mois - affectivité 21 mois.

Louis est conduit à la sortie le 6.5.57 au Centre de placement qui nous avait confié l'enfant. Celui-ci a dû être placé ensuite en nourrice.

Louis est un des exemples, malheureusement nombreux, des situations familiales dramatiques dont nous nous occupons à la Pouponnière. Son retard psychomoteur et les troubles du comportement pourraient être mis entièrement sur le compte de l'éthylisme des parents. A notre avis, en fait, le manque de soins affectifs et les nombreux changements subis par cet enfant, sont surtout en cause.

Observation n° 27 *Alfred R.*

a) Situation familiale

Mère au foyer - logement insuffisant - 3 autres enfants d'un premier mari.

b) Antécédents

Grossesse sans incidents. Alfred est né le 26.8.56 au poids de 3.030 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Aucun antécédent pathologique. Alfred a vécu avec ses parents jusqu'à l'entrée à la Pouponnière.

c) Etat à l'entrée

Alfred est admis à la Pouponnière le 7.8.57 pour hypotrophie et rachitisme : à 11 mois, 7.900 g - 70,5 cm - 1 dent. Pas de troubles neurologiques évidents. Pendant le séjour au lazaret, Alfred pleure beaucoup, ne supporte pas la solitude. Le test psychomoteur donne les résultats suivants : motricité et préhension 8 mois - affectivité 10 mois, pour un âge réel de 11 mois.

d) Evolution

En salle commune, le comportement est transformé. Alfred est un enfant vif, riant beaucoup, jouant activement. Un test psychomoteur pratiqué à l'âge de 13 mois ½ montre des progrès importants : motricité 11 mois - préhension et affectivité 12 mois. Alfred quitte la Pouponnière le 16.11.57, rendu à ses parents qui étaient venus le voir régulièrement.

Ici, il semble s'agir plus d'une réaction devant la solitude que d'une réaction à la séparation, l'enfant étant habitué à vivre avec ses frères et soeurs, sa mère étant au foyer.

3 - SERVICES HOSPITALIERS

Observation n° 28 *Jacques B.*

a) Situation familiale

Ethylisme familial. 3 autres enfants.

b) Antécédents

Grossesse normale. Jacques est né le 17.1.57 au poids de 2.630 g. - Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Deux hospitalisations :

- du 28.3. au 9.4.57 pour étranglement herniaire
- du 18.4. au 25.6.57 *(date de l'entrée à la Pouponnière)* pour syndrôme toxique dû à une otite.

c) Etat à l'entrée

Jacques est admis à la Pouponnière le 25.6.57 pour convalescence de syndrôme toxique. L'hypotrophie est modérée : à 5 mois, 5.790 g - 59 cm. Pas de troubles neurologiques grossiers. Le développement psychomoteur est normal : âge réel 6 mois, niveau de 6 à 7 mois.

d) Evolution

Jacques est un enfant remuant, agité. Cependant cette agitation est en rapport avec des poussées d'eczéma. Au moment de la sortie, l'état physique est bon : à 15 mois, 9.650 g - 1 dent - mais Jacques présente un retard psychomoteur modéré : à 13 mois, motricité 12 mois, préhension et affectivité 10 mois. Il est rendu à ses parents le 15.4.1958.

Jacques ne présentait pas de retard à l'entrée; au cours des hospitalisations *(de 2 à 5 mois)*, on s'est sans doute beaucoup occupé de l'enfant, par suite de la gravité de son état physique.

Observation n° 29 *Edmond C.*

a) Situation familiale

Père éthylique, mère débile mentale, mais semblant attachée à ses enfants - visites fréquentes à la Pouponnière. La déchéance a été prononcée pour les quatre premiers enfants. Deux autres *(dont encore un nourrisson)* sont nés depuis.

b) Antécédents

Grossesse normale. Edmond est né le 30.12.56 au poids de 3.650 g - Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Hospitalisation d'avril à Septembre 1957 pour diarrhée *(séjour prolongé à St. Vincent de Paul à cause d'une maladie de la mère)*.

c) Etat à l'entrée

Edmond est admis à la Pouponnière le 2.9.57 pour hypotrophie : 8 mois, 6.800 g - 65 cm. Pas de troubles neurologiques évidents. Edmond est un enfant souriant, mais passif. Il ne présente à l'entrée aucune réaction de détresse, se laisse examiner sans pleurs, pourtant il aime être câliné. Le retard psycho-moteur est important : âge réel 8 mois, niveau 4 à 5 mois.

d) Evolution

Au cours du séjour, le comportement s'améliore. Edmond devient plus vivant, plus gai, mais il reste cependant assez passif. Le retard psychomoteur est encore manifeste à la sortie : niveau de 13 mois pour un âge réel de 18 mois. Il ne marche pas seul.

Edmond quitte la Pouponnière le 7.7.58 dans un état physique moyen : à 18 mois, 10 k. 100 - 77 cm ½ - 8 dents. Il est rendu à ses parents.

Le retard psychomoteur de l'entrée est lié à la longue hospitalisation *(pendant 6 mois)* à cause d'une maladie de la mère. De plus, cette observation illustre les problèmes posés par la débilité mentale de la mère dont les soins maternels peuvent parfois cependant avoir une valeur affective.

Aussi un essai a été fait pour remettre Edmond dans le milieu familial, sous la surveillance de l'Assistante Sociale du Secteur et avec l'aide d'une auxiliaire familiale. Après quelques mois, l'enfant a dû être confié à l'Assistance Publique : la mère ne lui donnait pas les soins les plus élémentaires et le considérait comme un enfant "arriéré" *(régression du comportement après le retour au foyer)*.

Observation n° 30 *Patrick N.*

a) Situation familiale

Parents attachés à l'enfant - 2 autres enfants.

b) Antécédents

Pendant la grossesse, au 3ème mois, contact avec un rubéoleux, sans rubéole apparente - en fin de grossesse intoxication gravidique. Patrick est né le 20.4.57 dans une maternité de Paris, au poids de 3.120 g. Accouchement normal. Etat satisfaisant à la naissance. Il a été hospitalisé du 6.5 au 13.7.57 pour toxicose *(antrotomie)*.

c) Etat à l'entrée

Patrick est admis à la Pouponnière le 27.7.57 venant de l'hôpital en convalescence de toxicose avec antrite. Agé de 3 mois, il pèse 3.940 g. et mesure 55 cm. Pas de troubles neurologiques évidents. Son niveau psychomoteur est normal : motricité 3 mois - Préhension 2 mois - affectivité 3 mois, pour un âge réel de 3 mois. Il s'agit d'un enfant particulièrement vif.

d) Evolution

Le développement, tant physique que psychomoteur est régulier et le comportement reste excellent. Patrick est rendu à ses parents dans un état satisfaisant le 28.2.58 : 10 mois, 6.930 g - 70 cm - 3 dents. Le dernier test pratiqué donne les résultats suivants : motricité 6 mois - préhension et affectivité 7 mois, pour un âge réel de 7 mois.

Malgré les antécédents pathologiques graves *(antrite avec toxicose à l'âge de 15 jours)* le développement tant physique que psychomoteur de cet enfant s'est déroulé normalement. Ceci s'explique :

- par les soins particuliers donnés à Patrick pendant l'hospitalisation à cause de son état très grave.

- par la durée du séjour à la Pouponnière : Patrick a été rendu à ses parents à l'âge où l'enfant a besoin de s'attacher électivement à une personne, sa mère dans le cas particulier.

L'enfant a été revu à plusieurs reprises en consultation à l'hôpital; son développement psychomoteur se fait normalement.

N.B. - Il est intéressant de grouper les observations des enfants de l'hôpital et celles des enfants hospitalisés au cours du séjour à la Pouponnière (Observations Nos 4 - 6 - 9 - 12 - 13 - 22) pour aboutir aux conclusions suivantes :

- l'hospitalisation pour une affection sérieuse et pendant une durée courte est en général favorable au développement psychomoteur (cf. observations Nos 22 - 28 - 30)

- par contre l'hospitalisation pour une affection bénigne et pendant une durée longue aboutit plus facilement à un "hospitalisme" (cf. observations Nos 6 - 29).

5ème Partie

A P P E N D I C E

I°) - R E S U M E

1) - L'élevage en collectivité de Tout Petits séparés de leur mère les expose à une carence affective précoce dont les conséquences éventuelles sur leur développement psycho-moteur, première étape de la structuration psychique, pose des problèmes d'Hygiène Mentale dont l'organisation d'une Pouponnière pour enfants débiles doit actuellement tenir compte.

2) - Les soins donnés aux nourrissons en traitement à la Pouponnière "BLUM-RIBES" à Montreuil, appartenant à la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne, destinée à recevoir des enfants débiles, nous ont permis de suivre, durant un laps de temps prolongé, allant de 1 à 5 ans, une centaine d'observations d'abord dans le cadre de cet Etablissement et ensuite dans celui de la Consultation de suite qui lui est rattachée.

3) - L'étude systématique de l'évolution neuro-biologique des nourrissons en traitement nous a tout d'abord confrontés avec le ***problème du diagnostic d'origine*** des retards psycho-moteurs observés dans la majorité des cas.

A) - L'examen clinique

a) - La recherche du climat affectif dans lequel était plongé l'enfant ***avant son entrée*** à la Pouponnière est une des clefs du stade évolutif auquel il est parvenu et de son comportement ultérieur. *(Exemple : Lydie M. (Observation N° 24 p. 50)- retard isolé de la marche).*

L'anamnèse a été souvent insuffisante malgré la demande d'une fiche de renseignements mais a permis de relever la fréquence des conditions psycho-affectives et sociales difficiles.

b) - L'étude neurologique de l'enfant comprend la recherche répétée de l'évolution des réflexes et des réactions et l'appréciation au cours de chaque examen de la situation relationnelle de l'enfant et de la personne qui s'occupe habituellement de lui et représente le substitut maternel durant ***le séjour en Pouponnière.***

Les résultats des tests utilisés pour le premier âge ont, à nos yeux, une valeur analogue à celle de la courbe du poids. Ils sont un élément de la mesure du niveau de réalisation, aussi leur interprétation doit-elle être subordonnée à la synthèse médicale des données d'une observation qui, pour être complète, étudie non seulement l'enfant mais encore son entourage.

B) - Essai de diagnostic et de pronostic

Trois ordres de faits sont à distinguer :

a) - Les troubles émotionnels et les manifestations d'insatisfaction chez le tout petit, entièrement dépendant de l'entourage, entraînant une réaction régressive.

Cette réaction supprime les possibilités que l'enfant vient d'acquérir dans son mode de relation avec le milieu.

Il en résulte une baisse du niveau de réalisation et la régression peut évoquer un syndrôme organique et faire porter un pronostic sévère et erroné, susceptible d'entraîner des déterminations nuisibles à l'avenir de l'enfant.

b) - L'altération de la motricité dans le cas d'un infirme moteur cérébral peut masquer l'intégrité des fonctions psychiques. La déficience motrice, en elle-même, entrave le développement psychique ou du moins le retarde. Un déficit sensoriel peut être associé et aggraver l'état de l'enfant. *(Exemple : Jean Louis C. - Altération de la motricité et déficit visuel - (Observation N° 10 p. 38).*

c) - L'atteinte prénatale ou obstétricale du cerveau peut, au contraire, donner des signes somatiques discrets qui passent inaperçus et, pourtant, peuvent s'accompagner d'une déficience mentale qui se révèlera profonde dans certains cas.

Mais la constatation des symptômes d'une affection du système nerveux n'élimine pas, pour autant, la participation des troubles émotionnels.

Ceux-ci ne manquent jamais si l'enfant est soumis à des occasions réitérées d'insatisfaction. Ils aggravent le tableau clinique et surtout ***compromettent les possibilités dynamiques de l'organisation nerveuse.***

En pratique, la distinction de ces trois tableaux cliniques s'avère difficile à faire extemporanément.

C) - L'épreuve du traitement = la "thérapeutique de base".

Les éléments d'un diagnostic valable ont été bien davantage révélés par les réactions neurologiques et le comportement de l'enfant, ***après*** l'institution des mesures thérapeutiques adéquates à condition toutefois qu'elles soient inspirées par une suffisante confiance en leur éventuelle action à long terme.

Dans les observations longtemps suivies, où la répétition des examens s'est montrée indispensable avant de pouvoir exclure ou affirmer une atteinte cérébrale, on ne saurait trop souligner l'importance du traitement approprié appliqué dès le dépistage des troubles du premier développement psychomoteur.

Ce sont les soins affectifs maternels qui restent la base de tout traitement après avoir été celle du diagnostic.

Leur utilisation méthodique, dans tous les cas, permet la discrimination des retards dont l'origine est essentiellement relationnelle par privation des soins maternels; elle transforme enfin le pronostic d'avenir des enfants infirmes moteurs cérébraux. *(Exemple : Jean Louis C. (Observation N° 10 p. 38) - Cet enfant a été revu à l'âge de 5 ans, avec un développement intellectuel intact).*

Les cent observations de ce travail *(enfants présents en Janvier 1957 et enfants entrés de cette date à Novembre 1957)* comportent une minorité de syndrômes neurologiques et nous avons peu de cas aussi démonstratifs que l'exemple précédent, mais l'ensemble des observations montre un retard variable du développement psychomoteur:

- Pour les prématurés qui représentent un important pourcentage du nombre des enfants en traitement à la Pouponnière, ce retard augmente vers le début du 2ème semestre. L'évolution ultérieure justifie, pour la plupart de ces enfants, l'hypothèse ***d'une carence affective relative.*** Celle-ci entrave la satisfaction des besoins accrus au plan relationnel dès le quatrième mois par l'acquisition de la capacité de reconnaître leur mère nourricière. Elle peut aussi succéder au changement de mains par suite du passage inévitable

à cet âge dans un autre service quand il n'est pas encore possible de rendre l'enfant à sa famille à ce moment crucial de son développement.

- Pour les plus grands *(de 7 à 24 mois)* nous avons également constaté que les fluctuations, les acquisitions et les régressions revêtent un aspect fonctionnel et sont en relation avec les vicissitudes des ***changements de mains*** à l'intérieur même du service ou à l'extérieur, par suite d'une hospitalisation intercurrente.

L'hospitalisation nous a paru peu nocive s'il s'agit d'un état aïgu pour lequel, durant tout son séjour, l'enfant est entouré de soins nombreux et attentifs donnés par la même infirmière soignante : elle le devient si elle se prolonge pour un état chronique et peut alors être à l'origine d'une régression qui va jusqu'au tableau d'une pseudo-arriération profonde, dans laquelle l'enfant tombe plus rapidement qu'on ne l'en sort.

- Le séjour au lazaret au retour de l'hôpital est toujours défavorable et se mesure par une régression que le personnel s'efforce de prévenir ou du moins d'atténuer. Mais il s'agit là d'une inévitable rançon de la protection de la contagion, si redoutable autrefois.

Au retour de l'hôpital, en particulier, l'enfant ne peut recevoir aucun soin de sa puéricultrice habituelle et l'affection de cette mère nourricière lui manque. Les attentions affectueuses qui lui sont prodiguées par le personnel du lazaret ne réussissent pas toujours à sortir l'enfant de son état régressif. *(Exemple : Sylvie B. (Observation N°4 p. 34)- Roger C. (Observation N° 6 p. 35).*

Affectivité et électivité

C'est à ces occasions, en quelque sorte expérimentales, que se constate l'électivité affective qui enlève tout leur prix aux démonstrations les mieux intentionnées et aux jouets les plus tentants, s'ils n'émanent pas de la mère nourricière qui assure le sentiment de sécurité de l'enfant.

L'ensemble de ces constatations confirme la valeur de la relation affective et élective qui s'établit entre le tout petit et la mère nourricière et son rôle comme ***facteur essentiel du développement psychique.***

L'affectivité, facteur essentiel du développement psychique

L'évolution perceptivo-motrice est influencée par la qualité des soins qui satisfont aux besoins de tous ordres de l'enfant qui, par cet intermédiaire, découvre le monde extérieur et organise son monde intérieur.

La valeur de ces soins est placée sous la dépendance de leur qualité hédonique pour l'enfant, à l'opposé de l'insatisfaction, facteur de régression.

Bref, la surveillance quotidienne des tout petits traités en établissement de cure c'est-à-dire pour une durée de plusieurs mois, nous a conduits à chercher, à assurer à tous les enfants les soins affectifs maternels indispensables.

D) - Etude des modalités pratiques des mesures de protection destinées à assurer aux enfants du premier âge les conditions favorables à leur développement psychique en milieu collectif.

a) Formation, valorisation, qualification et nombre du personnel

L'attitude profonde de la mère nourricière intervient dans la sécurité affective qui colore les premières relations établies par l'enfant. Ceci nous a conduit à la notion de la vocation maternelle de la puéricultrice, c'est-à-dire de la valeur hédonique pour

Rappelons que cette notion de vocation a été retenue au Congrès mondial de l'Enfance par les travaux de la Section II concernant les besoins affectifs des Tout-Petits , *(Bruxelles VII 58)*.

La technicité des soins, si indispensable soit-elle, demeure insuffisante quelle que soit sa perfection mais elle atténue les inconvénients des changements de mains inévitables.

Ces changements de mains dépendent du nombre du personnel qualifié et de la proportion relative des auxiliaires et des stagiaires qui effectuent des stages assez brefs.

Ce même congrès cité donnait l'indication de quatre bébés pour une puéricultrice qualifiée par 3 ans d'études.

En corollaire, le personnel doit, en effet, être assez nombreux et la puéricultrice avoir la latitude de s'occuper de l'enfant dans une ambiance détendue où les jeux se mêlent aux prescriptions thérapeutiques, dans la mesure où ils sont,pour l'enfant,le moyen d'un apprentissage.

On le sait, l'enfant par ces expériences ludiques, parvient à l'organisation de fonctions que sa maturation nerveuse lui permet mais qu'elle ne peut pas seule,lui apprendre à accomplir.

Ce corollaire trouve son complément logique dans la contre-indication formelle d'une spécialisation dans les soins.

L'adjonction d'un personnel spécialisé chargé pédagogiquement du développement psychique, augmenterait la fréquence des changements de mains et nuirait à la cohésion du couple enfant-mère nourricière. L'un et l'autre seraient traumatisés par une telle éventualité, l'enfant dans son besoin électif d'affectivité stable et constante, et la puéricultrice par le fait qu'elle se trouverait dévalorisée par une soi-disant incapacité,implicitement supposée, d'éveiller l'esprit de l'enfant dont elle s'occupe entièrement par ailleurs. En réalité, c'est précisément à tout instant et en toute occasion que sa présence aimante et réconfortante centre la vie de l'enfant et lui assure cette sécurité et cette unité si nécessaires à l'intégration des processus psychiques à cet âge évolutif et ce jusqu'à 3 ans au moins.

b) La répartition des enfants dans les différents services ne se fait plus d'après leur âge, à l'exception des moins de six mois, mais s'efforce d'éviter les changements de salle et de mains, ce qui nous a amenés à avoir des enfants d'âges différents réunis dans le même service sans aucun inconvénient.

c) Limitation de la durée de séjour

Cependant, malgré le perfectionnement des techniques de soins et la mise en place de mesures de prophylaxie mentale du premier âge, les inconvénients de la vie en collectivité ne peuvent tous être évités. Il est important de réduire la durée du séjour à ses indications médicales et d'éviter sa prolongation pour des facteurs extrinsèques psycho-familiaux ou sociaux.

On évite ainsi la stagnation de la courbe de poids et du développement psychique, *(Exemple : Martine C. - Observation N° 14 p. 41)* et on obtient l'amélioration des résultats de la cure durant un temps de séjour abrégé.

d) La réintégration dans le milieu familial, ou à son défaut, dans un foyer nourricier a été l'objet de nos préoccupations dès ***l'admission de l'enfant.*** L'étendue des problèmes qui se posent au moment de la sortie rend compte du temps et des efforts nécessaires

pour tenter de les résoudre au mieux des intérêts de l'enfant, c'est-à-dire en lui évitant de nouvelles tribulations. La connaissance du milieu socio-familial et le maintien des liens familiaux sont les deux aspects de cette tâche essentielle : apporter à la famille l'aide nécessaire sans se substituer à elle.

Les visites des parents sont favorisées autant que possible et sur indication d'ordre médical, les enfants sont même parfois mis dans les bras des parents.

La coordination avec les différents services de protection de l'enfance est assurée par le Service Social spécialisé attaché à la Pouponnière.

A la sortie, la plupart des enfants sont ainsi repris par leurs parents, d'autres sont placés en nourrice. Les efforts conjugués des Services Sociaux évitant un nouveau placement en collectivité et le départ pour le Dépôt est heureusement exceptionnel.

e) La consultation de suite :

Permet de revoir les enfants après leur sortie et apporte une aide appréciable à la réintégration familio-sociale en évitant la prolongation des troubles émotionnels.

En outre, elle nous a donné les éléments de l'évolution ultérieure de cas dont le pronostic demeurait incertain au cours du séjour à la Pouponnière. La vie familiale, pour la plupart d'entre eux, a levé les doutes sur leurs possibilités d'évolution mentale normale. Les facteurs psycho-affectifs continuent d'ailleurs à agir et se montrent plus importants que les facteurs socio-économiques. C'est ainsi que l'évolution normale du développement psychique se trouve assurée parfaitement par une mère qui travaille et confie son enfant à la crèche dans la journée, à la seule condition que la relation materno-filiale soit valable et l'ambiance affective favorable. Par contre, si la carence affective existait déjà avant l'entrée de l'enfant et n'a pu être comblée durant le séjour à la Pouponnière et, si lors de sa réintégration familiale, l'enfant se trouve à nouveau plongé dans un milieu où il n'a pu recevoir cette indispensable affection maternelle, on constate alors l'accentuation des troubles de l'organisation psychique.

Dans le cas de Jacques C. *(Observation N° 20 p. 46)* une série de circonstances adverses qui ont agi, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'établissement, ont sous nos yeux, entrainé la prolongation de la privation d'affection maternelle et amené, à la consultation de suite, un enfant dont la dysharmonie évolutive avait abouti à un état pré-psychotique de facheux pronostic pour l'équilibre mental.

f) La prophylaxie mentale et le perfectionnement de ses éléments demandent une élaboration prolongée qui tienne compte des étapes successives du travail d'équipe et des possibilités d'organisation.

II°) - C O N C L U S I O N S

1°) - Le séjour du nourrisson en pouponnière modifie le rythme de son évolution psychique.

2°) - Ces modifications ont pour origine la vie relationnelle du tout petit, exposé à une carence affective par la ***nécessité du traitement en collectivité.*** Elles peuvent si elles se prolongent, troubler l'évolution psychique. Ces troubles doivent être distingués des troubles analogues dont l'origine est organique.

3°) - ***Le diagnostic étiologique*** des troubles de l'évolution psychique s'avère difficile extemporanément. L'étude de la vie relationnelle de l'enfant doit précéder l'examen somato-psychique. L'application des tests du premier âge, destinés à mesurer le développement, ne peut être séparée de l'appréciation de l'état neurologique.

4°) - Le tout petit a des ***besoins affectifs*** inconditionnés dont la satisfaction est le premier temps de toute thérapeutique.

5°) - Ces besoins d'affection maternelle s'affirment ***électifs*** dès le premier semestre et contre-indiquent les changements de mains.

6°) - ***Les modalités pratiques*** des mesures de protection destinées à assurer aux enfants du premier âge les conditions favorables à leur développement psychique en milieu collectif concernent essentiellement la satisfaction de cette affectivité élective et portent sur :

- la formation, valorisation, qualification et l'effectif du personnel,
- la répartition des enfants dans les différents services en s'efforçant d'éviter les "passages",
- la limitation de la durée du séjour,
- la réintégration dans le milieu familial,
- et l'organisation d'une ***consultation de suite.***

Vu et Permis d'imprimer

Le Président de Thèse

JULIEN MARIE

Le Doyen de la Faculté de Médecine

L. BINET

Le Recteur de l'Académie de Paris

Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris

JEAN SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (J. de)

- *"Les apports de la neuro-psychiatrie à la connaissance de la maladie de l'homme et à la compréhension de l'homme malade" - Leçon inaugurale de la chaire de Psychiatrie de Genève le 4 Mai 1959 - Presse Médicale 18 Juillet.*

AJURIAGUERRA (J. de), BADARACCO, DIATKINE

- *Données de l'observation directe du premier développement de l'enfant. Psychanalyse et Neurologie - P.U.F. - 1956.*

ALDRICH (M. et A.)

- *Babies are human beings. An interpretation of growth. And ed. by C. Anderson Aldrich ... Mary M. Aldrich New York - The Mac Millan company 1954*

ALEXANDER

- *La médecine psycho-somatique - Payot 1951.*

ANDRE-THOMAS

- *L'équilibre et la fonction labyrinthique chez le nouveau-né et le nourrisson - l'Encéphale - PARIS 1955 - n° 2.*

ANDRE-THOMAS, AUTGAERDEN

- *Psycho-affectivité des premiers mois du nourrisson - PARIS 1958 - Masson.*

ANDRE-THOMAS, CHESNI (Y.), AUTGAERDEN

- *A propos de quelques points de séméiologie nerveuse du nouveau-né et du jeune nourrisson. Exploration de quelques afférences. Réactions aux excitations digitales et palmaires - rythme - inhibitions et réflexes. Aptitude statique et locomotrice des membres supérieurs -*
  La Presse Médicale - Paris 1954 - 62 - N° 3.

ANDRE THOMAS, CHESNI (Y.), SAINTE ANNE DARGASSIES (S.)

- *Examen neurologique du nourrisson.*
- *La Vie Médicale - PARIS 1954 - N° spécial (Noël).*

ANDRE THOMAS, AJURIAGUERRA (J. de)

- *L'axe corporel - musculature et innervation 1948 - Masson.*

AUBRY

- *Les formes graves de carence de soins maternels - Evolution psychiatrique - Fascicule 1 - 1955.*
- *Erreurs de carence éducative de la première enfance - 0-6 ans - Rapport du 7ème Congrès de l'U.N.A.R. - Sauvegarde de l'Enfance - Paris 1956 - 11 Nos 1 - 2 - 3.*
- *De quelques moyens pratiques d'éviter les séparations et la carence de soins maternels - Sauvegarde de l'Enfance - PARIS 1955 - Nos 5 - 6 Mai-Août.*

AUBRY, ANCELIN

- *La carence de soins maternels - Les effets de la séparation et la privation de soins maternels sur le développement des jeunes enfants - P.U.F. Paris 1955.*

AUBRY, APPEL

- *Les répercussions de la stabulation hospitalière sur le développement psychomoteur du jeune enfant - sem - Hop - 1950 - 47.*

AUBRY, WIDLOCHER

- *La carence de soins maternels Etude clinique de la personnalité d'enfants ayant subi des séparations d'avec leur mère au cours de leurs premières années.*
  L'enfant - PARIS 1954 - N° 4.

BAKWIN (M.)

- *Hosp. Care of infants - Pédiatrie 1951 - Jour. Dischild 1947 - 63 - 30.*
- *Psychologie implications of carly child care - Anter Jour. Nurs 1951 - 7 - 10.*

BALDWIN (A.L.)

- *An analysis of some aspects of feeding behavior - Journal of genetic psychologie 1945 - 66.*

BARUK M.

- *Les étapes du développement psychomoteur et de la préhension volontaire chez les nourrissons - Archives Françaises de Pédiatrie - PARIS 1953 - Tome 10 n° 4.*

BENDER (L.)

- *Child psychiatrie technique - F. Thomas Mingfield U.D.A.*

BERGERON (M.)

- *Les manifestations motrices spontanées chez l'enfant - Hermann 1947.*
- *Le développement de la motricité de la naissance à 4 mois - PUF. 1950.*
- *Le premier âge - Les débuts du dialogue entre l'enfant et ses parents - Ecole des Parents - Paris 1955 - N° 3 Janvier.*
- *Le développement psychomoteur de l'enfant O.N.U - Cours de pédiatrie Sociale 1948 - Tome II.*
- *Intérêt spéculatif et pratique de la psychologie du premier âge Bulletin de psychologie T. VI - 1952 - N° spécial.*

BERTOYE (P.)

- *Le comportement psychique des nourrissons placés en Pouponnière. Sem. - Hop. Paris - Annales de Pédiatrie 1957 - 33.*
- *Modifications apportées à la nutrition des Nourrissons par les chocs affectifs - Pédiatrie 1957 - 12 N° 2*

BOWLEY

- *Research strategy in the study on mother child separation Centre international de l'Enfance - Courrier 54. IV 3.*

- *Séparation of mother and child - The lancet - London 1958 1 N° 7018.*
- *Soins maternels et santé mentale O.M.S. - 1951.*
- *Fourty four juveniles thierves intern. - J. of psycho-Analysis - 1946 - 21.1.1925.*

BRACHET (M.C.)

- *Problèmes soulevés par l'hospitalisme dans les services d'enfants - Thèse Paris IV 59 - n° 253.*

BRODBECK (A.J.), IRWIN (O.C.)

- *Child Develpm. 1946 - 17 - 145.*

BRUCHE, TOURAINE

- *Family frame of these children - Psych. Med. 1940. 2. 141.*

BRUNET (O.), LEZINE (I.)

- *Le développement psychologique de la première enfance - présentation d'une échelle française pour examen des tout-petits - Paris P.U.F. 1951.*

BURLINCHAM (D.), FREUD (A.)

- *Enfants sans famille - traduit de l'Anglais par Anne Berman - Paris P U F 1949.*

BUXBAUM (E.)

- *The problem of separation and the feeling of identity - Child Welfare - New York - 1955 - 34 N° 9.*

Carences affectives précoces (Les)

- *Sauvegarde de l'Enfance - Paris 1955 - N° 5 - 6 N° spécial.*

Centre International de l'Enfance -

- *Colloque sur les enfants privés de famille - Londres IV - 1952 - Courrier 3 - 53 p. 3.*

Congrès International de Psychiatrie infantile - Toronto 1954

- *Les désordres émotionnels chez l'enfant de moins de 6 ans.*

Congrès mondial de Protection de l'Enfance - Zagreb 1954.

CORNUT (P.)

- *Le climat affectif et l'hygiène psycho-motrice en pouponnière.*
- *Revue d'hygiène et de Médecine Sociale Paris 1956 - 4 n° 5.*

COUVE (Ph.), AUDEBERT (A.), BARON (J.)

- *Syndrôme de carence affective du jeune enfant élevé en collectivité - essai de traitement.*
  Pédiatrie 1952 - n° 3.

CREMIEUX

- *Les anorexies mentales infantiles et juvéniles - P U F PARIS 1954.*

DAVID (M.)

- *Observation et traitement d'un cas d'arriération psychogène J. Psychiatrie infantile - Zurich 205.*
- *L'enfant de o à 2 ans - Vie affective - problèmes familiaux. Toulouse - Privat Editeur 1956 - Mésopé - Questions et techniques.*

DEBRE (R.)

- *La faim et l'appétit à propos de l'anorexie nerveuse de l'enfant. Praxis VII - 1950.*

DEBRE (R.), MOZZICONACCI, ALLOITEAU

- *Etude sur la faim et l'appétit - l'anorexie nerveuse du nourrisson. Sem. Hop. Paris n° 11 - 10 - 2.50.*

DEBRE (R.), MOZZICONACCI, DOUMIC

- *Etudes psychomatiques de l'anorexie nerveuse - sem. Hop. Paris n° 11 - 10 - 2.50.*

DUBOIS (R.)

- *Observations d'hospitalisme - Possibilités de récupération. Rôle de l'organisation d'un hôpital dans le traitement des enfants atteints d'hospitalisme - Problèmes de prophylaxie. L'enfant - Bruxelles 1958 - N° 2 - Mars-Avril.*

EDELSTON (M.)

Separation anxiety in young children - Genetic Psych. Monop. 1944-28.

ESCARDO

- *Los factores madurativos, ensocionales y sociales en la alimentacion del nino - Archivos argentinos de Pediatra - Buenos Aires 1957 - 48 N° 5 noviembre*

FAURE (J.L.), BUTTEZ (M.)

- *Insuffisances mentales en rapport avec des déficiences du milieu de vie au cours des premières années - Sauvegarde de l'enfance - Paris 1953 N°9 10 Novembre - Décembre.*

FAUST (O.A.)

- *Reducing emotional trauma in Hosp. Children - Report of depart of pediatrie Albony Med. Coll - NY 1952.*

FERRARA (M.G.)

- *Contichito allo studio delle relazioni madro-figlio nei primi anni di vita - Infanzia anormale - Roma 1955 - n° 10 - Gennaio Febbraio.*

FLOWRNOY (O.)

- *Carence affective en cascades (trois observations) - revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance - Paris 1957 - 5 - n° 7-8 Juillet - Août.*

FONTAN (A.), BENTEGEAT (J.), AUSSARESSES (M.)

- *Retentissement du séjour prolongé dans une pouponnière de l'Assistance publique sur le développement psychomoteur du nourrisson - Pédiatrie LYON*

FONTES (V.)

- *Développement de l'intelligence à l'âge pré-scolaire - Rôle de la famille - Les familles carençantes - Rôle des placements en nourrice - A crianca portuguesa - Lisboa - Institute Antonion Amalio da Costa Ferrevia 1956 - 1957 - N° 1.*

GESELL (A.)

- *The first five years of life. NY. London Harper and Brothers Publishers.*
- *Infant developpement - The embryology of early humain behavier Harper and brothers Publishera 1952.*

GESELL (A.), ILG

- *Feeding behovior of infants. A pediatrie approach to the mental hygiene of early life - Philadelphie London - Montreal J.B. Lippincott company 1937.*
- *Le jeune enfant dans la civilisation moderne P.U.F. 1949.*

GINDL (I.), HETZER (H.), STURN (M.)

- *Z. Anguew Psychol. 1937 - 52 310.*

GLASER (K.), EISENBERG (L.)

- *Maternal deprivation - Pediatries - Springfield 1956 - 18 N° 4 October.*

GOLDFARE (W.)

- *Amer J. Orthopsychiat. 13 - 149 - 1943 - 1944 - 45 - 47.*

HEINICKE (C.M.)

- *Some effets of separating 2 year old children from their parents. A comparative Study - Human relations - London 1956 - 9 N° 2.*

HEUYER

- *Les grandes lignes du développement de l'enfant - Développement psychomoteur de la naissance à 3 ans - L'Ecole des Parents - Paris 1956 - 57 - N° 1 - Novembre.*

HEUYER, KOUPERNIK (C.), LEBOVICI

- *Inconvénients des placements en préventorium - Pédiatrie IV 3 - 1951.*

HOWELLS (J.)

- *Separation experiences and mental health : a statistical study - The lancet London 1955 - N° 6884 - August 6.*

KOUPERNIK (C.)

- *Eléments d'une séméiologie du comportement du petit enfant. 12ème Congrès des Pédiatres de Langue Française - Alger 1951.*
- *La préhension de l'enfant - Clinique médicale des enfants 1951.*
- *Motricité et développement psychologique - Enfance - Paris 1956 N° 2 - Mars - Avril.*
- *Développement du nourrisson - normes techniques et hypothèses de travail. Evolution psychiatrique 1956.*

LACAMBRE

- *Les crèches, garderies et jardins d'enfants en Europe. Pour la Vie - N° 65 - Juin 1956.*

LAPLANE R., LAPLANE D.

- *Développement psycho-moteur du nourrisson. Encyclopédie médico-chirurgicale. 1ère enfance.*

LAUNAY

- *Retard du langage et affectivité - revue de Neuro-Psychiatrie Infantile 1951 - 9 - 10.*
- *Aspect médico-social des problèmes de la vie collective dans les établissements de cure pour enfants et adolescents. Congrès de Megève en 1951.*
- *L'adoption - Editions sociales françaises 1954.*
- *Carence de soins maternels dans la petite enfance.*
- *La Médecine Infantile - Paris 1956 - N° 1 - Janvier - Février.*

LEFEVRE (A.B.), ALTENHEIM (D.), ARMINANTE (P.M.)

- *Estudo comparativo do desenvolimento psicomotor, polo metodo de Gesell, entre crianças asiladas e crianças mantidas em ambiente familiar - Fediatria Pratica - Sao Paulo 1955 - 26 n° 8 Agosto.*

LELONG, LEBOVICI

- *Problèmes de l'enfant à l'Hôpital - Archives Françaises de Pédiatrie - N° 4 - 1955.*

LELONG, SOULE, WEYL

- *Problèmes sociaux et affectifs posés par l'abandon d'un enfant. Sauvegarde VIII - 55.*

LESNE, BARUK

- *Neuropsychiatrie infantile - In Pathologie Infantile. 1955 - Doin et Masson.*

LESNE (E.), BINET (L.)

- *Physiologie normale et pathologique du nourrisson - 1951 - Masson - Fonction des corps situés - Presse Médicale - Novembre 1955.*

LESNE (E.), LAFAY-COLETSOS, ROBERT, MARTINEAU

- *Résultats éloignés de la cure préventoriale dans la primo-infection de la deuxième enfance (2 à 6 ans) - sem. Méd. IV - 1953.*

LESNE (E.), RAGU-FREY, LAFAY-COLETSOS, ROBERT, DELIGNE

- *La prophylaxie mentale dans la cure préventoriale chez le jeune enfant. Sem. hôp. - Aun. Pédiatrie. 22.5.55.*

LEVINE, TSCHIRINA (F.)

- *L'éducation des sentiments chez les enfants d'âge préscolaire. Doschkoinoe vospitanie - Moskova - 1956 - n° 10.*

LEVY (R.J.)

- *J. Personnel - 1947 - 15 - 233.*

LEZINE (I.)

- *Recherches sur la psychologie du premier âge - La raison - Neuilly sur Seine - 1956 - N° 13.*
- *Le développement psychomoteur des jeunes prématurés - Etudes néonatales - Paris 1958 - 7 N° 1 Mars.*

LOOSLI-USTERI (M.)

- *Arch. Psychol. 1929 - 22 - 51.*
- *New Ers - 1948 - 29 - 1.*

LOWREY (L.G.)

- *Amer. H. Orthopsychiat. 1940 - 10 - 576.*

MAC - KEITH

- *Children in Mosp. Lancet 1955-2.*

MAILLET (M.)

- *L'état psychomoteur des nourrissons hypotrophiques - De la nécessité de la psychiatrie préventive dans les établissements d'enfants du premier âge - Le nourrisson - N° 3 - 1950.*

MALERIEU

- *Les émotions et la personnalité de l'enfant - Vrin - PARIS 1952.*

MOJRAV

- *Maturation et comportement - Manuel de Psychologie de l'enfant - Carnichael - P U F 1952.*

MICHAUX

- *Psychiatrie infantile - Encyclopédie médico-chirurgicale 1950.*

Mieres de Pizzolante Gloria

Algunos aspertos de hygiene mental de los primeros anos - Archivos de Pediatria del Uruguay - Montevideo 1957 - 28 n° 12.

MINKOWSKA (F.)

- *L'importance de la méthode généalogique pour les problèmes de prophylaxie mentale - 2ème congrès international d'hygiène mentale - Paris 1937.*

MINKOWSKI (E.)

- *Aperçu sur l'évolution des idées en psychopathologie - Revue philosophie. Octobre - Décembre 1950.*

MONSRIEF, WALTON

- *Visiting children in hospital - Brit med. inf. 52-1.*

Nations Unies

- *Enfants privés du milieu familial normal - New-York 1952.*

NGUYEN AUH

- *Les carences affectives précoces - Notions générales Sauvegarde de l'enfance - Paris 1955 - N° 5 - 6.*

NOURRISSIER

- *Enquête sur l'éducation sphinctérienne - Revue de Neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance - Paris 1956 - N° 3 - 4.*

OMS

- *Groupes d'études sur l'enfant à l'hôpital - Réunion de Stockholm VIII 1954- (rôle du psychiatre dans le travail d'équipe).*

PIAGET (J.)

- *Le langage et la pensée chez l'enfant - Delacheux et Nestlé Neufchâtel, 1953.*
- *Les relations entre l'intelligence et l'affectivité dans le développement de l'enfant - Bulletin de psychologie - Paris 1954 - N° 9 - 10.*
- *Motricité, perception et intelligence - Enfance Paris 1956 N° 2.*

PICHON (E.)

- *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent. Masson Paris 1936.*

POROT (M.), GILLOT (F.)

- *Hospitalisme ou carence affective infantile durable ? Remarques et critiques - Revue de Neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance - Paris 1958 - 6 N° 5 - 6.*

POWDERMAKER, LEURIS, TOURAINE

- *Psychop and Treat of deliquantes girls - Am. jour of orthopsychistrie.*

PRATT

- *Le nouveau-né - Manuel de psychologie de l'enfant - Garnichael.*

PRINGLE (M.), KELLMER, BISSIO (V.)

- *A study of deprived children - 1 - Intellectual - émotional and social development - 2 - language development and reeding attainment - Vita Humana Barel 1958 - 1 - N° 2 - 3 - 4.*

RACAMIER

- *Etude des frustations affectives précoces - Revue Fr. Psychan N° 4 1954.*

RAGU-FREY

- *Problèmes posés par la séparation des jeunes enfants de leur mère. Ligue française d'hygiène mentale - Paris - travaux 1956.*
- *Les carences psychiques du premier âge - la semaine Médicale Paris 1956 - N° 3.*
- *Les carences psychiques du premier âge dans la pratique médicale courante. La Médecine Infantile - Paris 1956 - N° 3.*

RHEINGOLD (M.L.)

- *The modification of social responsivences in institutional babies Lafayette. Ind - Child development Publications 1956.*
- *Amer - J. Orthopsychiat. 1943 - 13 - 41.*

RIBBLE (M.A.)

- *Privacy : from "the personality of the young children - Child family digest New Orléans - 1955 - 13 - n° 4.*
- *Que veulent les nourrissons : l'Enfant et la Vie - Edition Montaigne - 1956.*

ROBERTSON (J.)

- *Some responses of young children to loss of maternel care Mussing times London 1953 - April.*

ROSSIER

- *L'élevage des prématurés - Le Nourrisson 1951.*

ROUDINESCO (J.), APPEL (G.)

- *Sem. Hop. Paris - 1950 - 26 - 2271.*

SPITZ (R.A.)

- *Hospitalisme : an inquiery into the genesis of psychiatric conditions in early childhood - Psychoanalytic study of the child 1 - 1945.*
- *L'évolution de l'affectivité pendant la première année - Sauvegarde de Paris 1949 - Mai N° 31.*
- *Observations directes du nourrisson pendant la première année - Revue française de psychanalyse - Décembre 1954.*
- *La contrainte émotionnelle et ses conséquences - revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale. Clermont Ferrand 1956 - N° 2.*

SPITZ (R.A.)

- *Anaclitic dépression : an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood - 1946.*
- *The psychoanalytic study of the child - 2 - 313.*
- *Genet. Psychol. Monogr. 1946-34-57.*

STAMBACK (M.)

- *Contribution à l'étude du développement moteur chez le nourrisson - Enfance - Paris 1956 - N° 4.*

STAMBACK (M.), AJURIAGUERRA (J.de)

- *Evolution de l'extensibilité musculaire depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans - Etude comparative entre l'évolution de l'extensibilité, le tonus statique et autres activités motrices. La presse Médicale - Paris 1958 66 N° 2.*

THEISS-VANS

- *How foster children turn. Out. 1924 - New-York (State charities aid Association Publication N° 165).*

THEVENIN (L.), DENIS (M.)

- *Troubles psychosomatiques du jeune enf. séparé de sa mère. Péd. 1956 - 11 N°5.*

THOORIS (A.)

- *Pédagogie du nourrisson et du premier âge - Paris 1947 - Doin.*

TOHRNAY (A.)

- *Bases neurologiques de la maturation motrice et de la méthode - Enfance - Paris 1956 - N° 2.*

TOURAINE

- *L'hérédité en Médecine - Masson 1955.*

TRAMER

- *Traité de Psychiatrie infantile - P U F 1952.*
- *The care of children in hospital - rapport à l'Académie Américaine de Pédiatrie - Pédiatrie Octobre 1954.*

WALLON

- *Les origines du caractère chez l'enfant.*
- *Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant - Enfance 1956 - N° 2.*

ZAZZO (R.)

- *Leçons sur la psychologie de l'enfant - la motricité chez l'enfant - Bulletin de psychologie - Paris 1956 - 9 - n° 8.*
- *Le problème de l'imitation chez le nouveau-né (à propos de l'imitation précocissime de la protusion de la langue). Enfance - Paris 1957 - N° 2.*